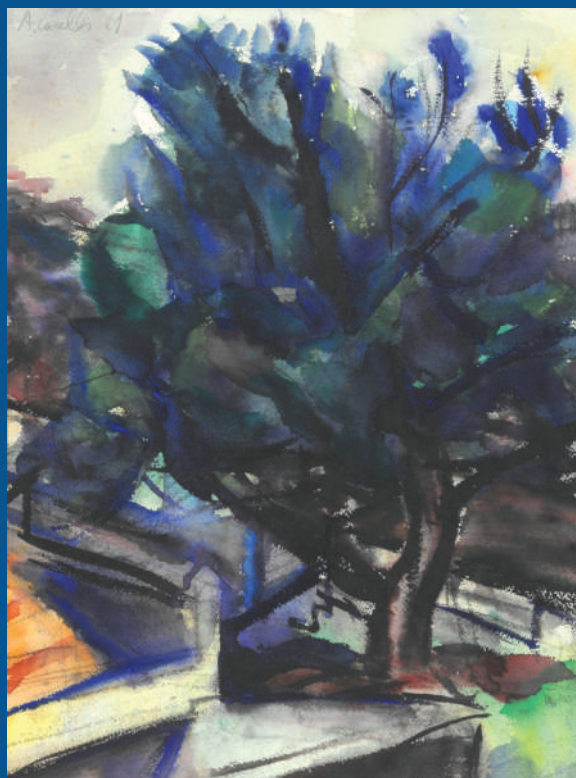


REVISTA

DIAGNÓSTICO & TRATAMENTO

VOLUME 22 • EDIÇÃO 4

- Associação das características sociodemográficas, clínicas e laboratoriais com estadiamento do câncer de próstata no norte de Minas Gerais, Brasil: estudo transversal analítico
- *Guidelines* para publicação de estudos científicos. Parte 3: Como publicar ensaios clínicos
- Considerações sobre o atendimento aos indivíduos transgêneros
- Evidências de revisões sistemáticas Cochrane sobre o tratamento da fibromialgia



OUT-DEZ 2017

Federada da

Que tal reunir os amigos e a família em um final de semana no nosso Clube de Campo?



Hospede-se em um dos deliciosos chalés e aproveite ao máximo todo o incrível visual em meio à Mata Atlântica intocada.



Saiba mais:

Tels: (11) 4899-3535 / 18 / 19 / 36

e-mail: sedecampestre@apm.org.br

Horário de atendimento: 9h às 18h

Endereço: Estrada de Santa Inês, Km 10 - Caieiras, SP



SUMÁRIO

REVISTA DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO • VOLUME 22 • EDIÇÃO 4

Expediente	ii	
Editorial	145	Nenhum homem é uma ilha! Parte II: as sociedades médicas podem e devem melhorar a sociedade <i>Paulo Andrade Lotufo</i>
Artigo original	147	Associação das características sociodemográficas, clínicas e laboratoriais com estadiamento do câncer de próstata no norte de Minas Gerais, Brasil: estudo transversal analítico <i>Farley Carneiro e Silva, Ronilson Ferreira Freitas, Fabiane Mendes de Souza, Leonardo Canela Almeida, Guiliane Lima Normanha, Vivianne Margareth Chaves Pereira Reis, Josiane Santos Brant Rocha, Sibebe Nascimento de Aquino</i>
Dermatologia	154	Melanoma primário múltiplo sincrônico em mulher jovem: relato de caso e revisão da literatura <i>Mariana Alvares Penha, Eliane Roio Ferreira, Gabriel Peres, Eloisa Bueno Pires de Campos, Mariangela Esther Alencar Marques, Hélio Amante Miot, Ana Claudia Cavalcante Espósito</i>
POEMs: Patients-oriented evidence that matters	158	Pregabalina parece não melhorar cialgia <i>Autores da tradução: Pablo Gonzáles Blasco, Marcelo Rozenfeld Levites, Pedro Subtil de Paula, Laura Boguea Müller de Almeida</i>
	160	Rastreamento de câncer de tireoide em adultos assintomáticos não é recomendado <i>Autores da tradução: Pablo Gonzáles Blasco, Marcelo Rozenfeld Levites, Pedro Subtil de Paula, Laura Boguea Müller de Almeida</i>
Linguagens	162	Poesia a que horas <i>Alfredo José Mansur</i>
Residência e ensino médico	164	Ensino médico e ideologia: uma mistura indigesta <i>Olavo Pires de Camargo, Luiz Eugênio Garcez Leme</i>
Eletrocardiograma	166	Eletrocardiograma no prognóstico da doença de Chagas <i>Antonio Américo Friedmann</i>
Medicina baseada em evidências	169	Guidelines para publicação de estudos científicos. Parte 3: Como publicar ensaios clínicos <i>Rafael Leite Pacheco, Cinthia Moreno Garcia, Nicole Ditttrich Hosni, Carolina de Oliveira Cruz Latorraca, Ana Luiza Cabrera Martimbianco, Patrícia Logullo, Rachel Riera</i>
Medicina sexual	176	Considerações sobre o atendimento aos indivíduos transgêneros <i>Giancarlo Spizzirri, Cila Ankier, Carmita Helena Najjar Abdo</i>
Nutrição, saúde e atividade física	180	Atletas de fim de semana: há benefícios nessa prática? <i>Victor Keihan Rodrigues Matsudo, José da Silva Guedes</i>
Destaques Cochrane	184	Evidências de revisões sistemáticas Cochrane sobre o tratamento da fibromialgia <i>Stefano Alvarenga Galliano, Beatriz Palma Soengas Campelo, Rafael Leite Pacheco, Carolina de Oliveira Cruz Latorraca, Virginia Fernandes Moça Trevisani, Rachel Riera</i>
Instruções aos autores	I	

Imagem da capa:

Sem título, 1981

Antonio Carelli - Aquarela sobre papel - 60 x 45 cm

Acervo da Pinacoteca da Associação Paulista de Medicina

Foto: Pedro Sgarbi

REVISTA

DIAGNÓSTICO & TRATAMENTO

A Revista Diagnóstico & Tratamento (indexada na base LILACS)
é uma publicação trimestral da Associação Paulista de Medicina

Disponível na versão para *smartphone* e *tablet* (iOS e Android)

Editores

Paulo Andrade Lotufo
Álvaro Nagib Atallah

Assistente Editorial

Marina de Britto

Assessora Editorial

Rachel Riera

Editores Associados

Aytan Miranda Sipahi
Edmund Chada Baracat
Elcio dos Santos Oliveira Vianna
Heráclito Barbosa de Carvalho
José Antonio Rocha Gontijo
Julio César Rodrigues Pereira
Olavo Pires de Camargo
Orlando César de Oliveira Barreto

Jornalista Científica e Editora

Patrícia Logullo (MTb 26.152)
Palavra Impressa Editora – Fone (11) 3032-6117

Produção Editorial

Zeppelini Publishers
www.zeppelini.com.br
zeppelini@zeppelini.com.br – Fone (11) 2978-6686

Conselho Editorial

Adauto Castelo Filho (Doenças Infeciosas e Parasitárias)
Alberto José da Silva Duarte (Alergia e Imunologia)
Antônio José Gonçalves (Cirurgia Geral)
Armando da Rocha Nogueira (Clínica Médica/Terapia Intensiva)
Artur Beltrame Ribeiro (Clínica Médica)
Bruno Carlos Palombini (Pneumologia)
Carmita Helena Najjar Abdo (Psiquiatria)
Délcio Matos (Coloproctologia/Gastroenterologia Cirúrgica)
Eduardo Katchburian (Microscopia Eletrônica)
Edmund Chada Baracat (Ginecologia)
Enio Buffolo (Cirurgia Cardiovascular)
Ernani Geraldo Rolim (Gastroenterologia)
Flávia Tavares Elias (Avaliação Tecnológica em Saúde)
Guilherme Carvalhal Ribas (Neurocirurgia)
Irineu Tadeu Velasco (Clínica Médica/Emergências)
Jair de Jesus Mari (Psiquiatria)
João Baptista Gomes dos Santos (Ortopedia)

João Carlos Bellotti (Ortopedia e Traumatologia)
Lilian Tereza Lavras Costallat (Reumatologia)
Manoel Odorico de Moraes Filho (Oncologia Clínica)
Marcelo Zugaib (Obstetrícia/Ginecologia)
Marco Antonio Zago (Hematologia)
Maurício Mota de Avelar Alchorne (Dermatologia)
Milton de Arruda Martins (Clínica Médica)
Moacyr Roberto Cuce Nobre (Reumatologia)
Nestor Schor (Clínica Médica, Nefrologia)
Noedir Antonio Groppo Stolf (Cirurgia)
Orsine Valente (Clínica Geral, Endocrinologia e Metabologia)
Raul Cutait (Gastroenterologia e Proctologia)
Rubens Belfort Mattos Junior (Oftalmologia)
Rubens Nelson A. de Assis Reimão (Neurologia)
Sérgio Luiz Faria (Radioterapia)
Ulysses Fagundes Neto (Gastroenterologia Pediátrica)
Ulysses G. Meneghelli (Gastroenterologia)

Correspondências para

Associação Paulista de Medicina
Departamento Científico – Publicações Científicas
Av. Brig. Luís Antônio, 278 – 7º andar – São Paulo – SP – Brasil – CEP 01318-901
Tel: (11) 3188-4310 / 3188-4311
Home page: <http://www.apm.org.br/revista-rdt.aspx> – E-mail: revistas@apm.org.br; publicacoes@apm.org.br

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS À ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA

A revista *Diagnóstico & Tratamento* não se responsabiliza pelos conceitos emitidos nos artigos assinados. A reprodução impressa, eletrônica ou por qualquer outro meio, total ou parcial desta revista só será permitida mediante expressa autorização da APM.



Diretoria Executiva da Associação Paulista de Medicina (Triênio 2014-2017)

Presidente	Florisval Meinão	Diretor Social	Alfredo de Freitas Santos Filho
1º Vice-Presidente	Roberto Lotfi Júnior	Diretora Social Adjunto	Christina Hajaj Gonzalez
2º Vice-Presidente	Donald Cerci da Cunha	Diretora de Responsabilidade Social	Evangelina de Araujo Vormittag
3º Vice-Presidente	Paulo De Conti	Diretor de Responsabilidade Social Adjunto	José Eduardo Paciência Rodrigues
4º Vice-Presidente	Akira Ishida	Diretor Cultural	Guido Arturo Palomba
Secretário Geral	Paulo Cezar Mariani	Diretor Cultural Adjunto	José Luiz Gomes do Amaral
1º Secretário	Antonio José Gonçalves	Diretora de Serviços aos Associados	Vera Lúcia Nocchi Cardim
Diretor Administrativo	Lacildes Rovella Júnior	Diretor de Serviços aos Associados Adjunto	João Carlos Sanches Anéas
Diretor Administrativo Adjunto	Roberto de Mello	Diretor de Economia Médica	Tomás Patrício Smith-Howard
1º Diretor de Patrimônio e Finanças	Carlos Alberto Martins Tosta	Diretora de Economia Médica Adjunta	Maryl Lopes Alonso Mazzucato
2º Diretor de Patrimônio e Finanças	Claudio Alberto Galvão Bueno Da Silva	1º Diretor Distrital	Everaldo Porto Cunha
Diretor Científico	Paulo Andrade Lotufo	2º Diretor Distrital	Lourdes Teixeira Henriques
Diretor Científico Adjunto	Álvaro Nagib Atallah	3º Diretor Distrital	Camilo Soubhia Júnior
Diretor de Defesa Profissional	João Sobreira de Moura Neto	4º Diretor Distrital	Wilson Olegário Campagnone
Diretor de Defesa Profissional Adjunto	Marun David Cury	5º Diretor Distrital	Flavio Leite Aranha Junior
Diretor de Comunicações	Ivan Melo De Araújo	6º Diretora Distrital	Cleusa Cascaes Dias
Diretor de Comunicações Adjunto	Amilcar Martins Giron	7º Diretora Distrital	Irene Pinto Silva Masci
Diretor de Marketing	Ademar Anzai	8º Diretor Distrital	Helencar Ignácio
Diretor de Marketing Adjunto	Nicolau D'Ámico Filho	9º Diretora Distrital	Margarete Assis Lemos
Diretora de Eventos	Mara Edwírges Rocha Gândara	10º Diretor Distrital	Enio Luiz Tenório Perrone
Diretora de Eventos Adjunta	Regina Maria Volpato Bedone	11º Diretora Distrital	Zilda Maria Tosta Ribeiro
Diretor de Tecnologia de Informação	Antônio Carlos Endrigo	12º Diretor Distrital	Luis Eduardo Andreossi
Diretor de Tecnologia de Informação Adjunto	Marcelo Ferraz De Campos	13º Diretor Distrital	Marcio Aguiar Padovani
Diretor de Previdência e Mutualismo	Paulo Tadeu Falanghe	14º Diretor Distrital	Marcelo Torrente Silva
Diretor de Previdência e Mutualismo Adjunto	Clóvis Francisco Constantino		

Nenhum homem é uma ilha!*

Parte II: as sociedades médicas podem e devem melhorar a sociedade

Paulo Andrade Lotufo¹

Na edição 02/2017 de “Diagnóstico & Tratamento”, houve posicionamento de que a ação individual dos médicos pode melhorar a sociedade. Elencamos atividades relativas ao diagnóstico (a solicitação de exames sem critério claro, principalmente baseado em novidades do “último artigo” conduz a elevação dos custos nos hospitais públicos e, também, nos planos privados) e tratamento (medicamentos caros em detrimento de outros de ação equivalente e mais baratos). Reforçamos nosso apoio a iniciativas como a “Choosing Wisely”[†] e a “Slow Medicine”[‡] porque aproximam o paciente do médico, aliando empatia e *expertise* científica.

No entanto, nós, médicos, não vivemos isolados. Nossa ação coletiva ocorre em associações, sociedades científicas, sindicatos e nos conselhos ético-profissionais. Estas duas últimas instituições têm atribuições mais delimitadas relativas aos direitos trabalhistas e à aplicação do código de deontologia profissional. Já as associações e sociedades científicas têm pauta mais aberta e ampla, que permite um contato maior com o restante da sociedade.

*“Nenhum homem é uma ilha isolada; cada homem é uma partícula do continente, uma parte da terra; se um torrão é arrastado para o mar, a Europa fica diminuída, como se fosse um promontório, como se fosse a casa dos teus amigos ou a tua própria; a morte de qualquer homem me diminui, porque sou parte da espécie humana. E por isso não perguntes por quem os sinos doam, eles doam por ti”. (Nossa tradução).¹

¹Como se pode conhecer no site: <https://proqualis.net/choosing-wisely-brasil>

[†]Como se pode conhecer no site: <http://slowmedicine.com.br/>

A pauta política das associações não pode e nem deve se restringir ao corporativismo, materializado nos Departamentos de Defesa Profissional. Essa nobre e aguerrida atividade, embora seja a mola mestra de instituições como a nossa Associação Paulista de Medicina, não pode ser a atividade exclusiva, como se observa em outras sociedades médicas. Da mesma forma que a defesa profissional não é o foco único das associações, as sociedades científicas de especialidades não devem se restringir à divulgação do conhecimento mais recente relativo à especialidade no formato de congressos e simpósios. Nem todas, mas a maioria tem preocupação com a educação permanente de seus afiliados, e deveriam atuar muito mais na regulação do aparelho formador de especialistas, controlando a qualidade dos programas de residência médica, como a Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia faz há décadas.

O que seria então a ação social de associações e sociedades científicas?

A primeira ação é a defesa do acesso universal à saúde. Uma premissa civilizatória que dispensa proselitismo, exceto nos Estados Unidos da América. A maioria das associações médicas apoia a implementação do Sistema Único de Saúde. Contudo, na maioria das vezes, sem ênfase no princípio da equidade. Ao contrário, sociedades de especialidades aliadas a grupos de pressão tentam, em determinados momentos, exaurir as finanças do Sistema Único de Saúde na política de

¹Professor titular de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Presidente da Câmara de Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. Diretor Científico da Associação Paulista de Medicina 2014-17. Editor das revistas São Paulo Medical Journal e Diagnóstico & Tratamento.

Endereço para correspondência:
Paulo Andrade Lotufo
Centro de Pesquisa Clínica e Epidemiológica, Hospital Universitário, Universidade de São Paulo
Av. Prof. Lineu Prestes, 2.565
Butantã — São Paulo (SP) — Brasil
Tel. (+55 11) 3091-9300
E-mail: palotufo@hu.usp.br

Fonte de fomento: nenhuma declarada — Conflitos de interesse: Nenhum declarado

rol de procedimentos, materializado na adição de exames e medicamentos ainda não suficientemente testados.

A segunda ação é lutar para que todas as melhorias científicas cheguem ao destino de todos os cidadãos por intermédio dos médicos e da mídia em geral. Uma atividade básica é defender as programações de saúde pública como as relativas ao saneamento básico, vacinação gratuita e o controle da poluição atmosférica. A confecção de diretrizes e “consensos” realizada pelas sociedades de especialidade é insatisfatória porque não atinge a maioria dos médicos. Protocolos e diretrizes deveriam ter por princípio a simplicidade no formato e proposições custo-efetivas no conteúdo.

A terceira é se empenhar diretamente em atividades beneficentes e de advocacia com grande impacto coletivo. Raramente se conhecem atividades filantrópicas das organizações médicas, enquanto nos Estados Unidos é quase uma regra das associações, como a “You’re the Cure” da “American Heart Association”.

E, por último, mas não menos importante, as associações médicas precisam manter independência dos poderes republicanos, atuando como fiscais e advogadas das causas relativas à saúde de toda a população.

Realmente, nenhum homem é uma ilha. Melhorar a sociedade é responsabilidade de todos.

REFERÊNCIA

1. Donne J. Meditation VII. The Literature Network. Disponível em: <http://www.online-literature.com/donne/399/>. Acessado em 2017 (31 out).

Associação das características sociodemográficas, clínicas e laboratoriais com estadiamento do câncer de próstata no norte de Minas Gerais, Brasil: estudo transversal analítico

Farley Carneiro e Silva^I, Ronilson Ferreira Freitas^{II}, Fabiane Mendes de Souza^{III}, Leonardo Canela Almeida^{III}, Guiliane Lima Normanha^{III}, Vivianne Margareth Chaves Pereira Reis^{IV}, Josiane Santos Brant Rocha^V, Sibebe Nascimento de Aquino^{VI}

Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes)

RESUMO

Contexto e objetivo: O objetivo é investigar as associações das características sociodemográficas, clínicas e laboratoriais de pacientes com câncer de próstata admitidos nos serviços de referência em Montes Claros, Minas Gerais. **Tipo de estudo e local:** Estudo transversal e analítico realizado em Montes Claros, norte de Minas Gerais, entre 1^o de janeiro de 2007 e 31 de dezembro de 2012. **Métodos:** Foram coletadas, de 395 prontuários clínicos, características sociodemográficas, clínicas e laboratoriais dos pacientes e realizadas análise descritiva, teste de qui-quadrado e regressão logística binária. **Resultados:** Houve maior prevalência de câncer de próstata nos pacientes com 55 a 69 anos (52,5%), com ensino fundamental incompleto (79%), residentes em cidades de baixo Índice de Desenvolvimento Humano (76,2%). A maioria foi procedente de serviços privados (85,1%). Pacientes com história familiar de câncer (59,1%), sintomáticos, foram prevalentes (62,2%). A maioria (78,4%) foi diagnosticada em estágios precoces e nunca havia se submetido ao exame de toque retal (81%). A dosagem do antígeno prostático específico (PSA) recente acima de 10 ng/ml foi detectada em (57,9%) dos pacientes. Foi encontrada uma associação entre escore de Gleason ≥ 7 (*odds ratio*, OR: 2,21 intervalo de confiança, IC 95% 1,12-4,35), dosagem de PSA elevada (OR 2,36 IC 95% 1,12 - 4,94), e a não realização do toque retal (OR 4,80 IC 95% 1,06-21,66), bem como a presença de sintomas (OR 3,25 IC 95% 1,56-6,75) em câncer de próstata em estágio avançado. **Conclusão:** Este estudo demonstrou que os homens com câncer de próstata no norte de Minas Gerais, em sua maioria, procuraram o serviço quando já havia presença de sintomas, e que não haviam realizado exames preventivos.

PALAVRAS-CHAVE: Neoplasias da próstata, epidemiologia, diagnóstico tardio, serviços de saúde, estudos transversais

^IMestre em Cuidado Primário em Saúde pela Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes). Docente da Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes e das Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros – FIPMoc.

^{II}Mestre em Saúde, Sociedade e Ambiente pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM). Docente das Faculdades Integradas do Norte de Minas (FUNORTE).

^{III}Graduandos em Medicina pelas Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros (FIPMoc).

^{IV}Doutoranda em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes). Docente da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes).

^VDoutora em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília (UnB). Docente da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) e das Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros (FIPMoc).

^{VI}Doutorado em Estomatopatologia pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Docente da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Campus de Governador Valadares.

Endereço para correspondência:

Sibebe Nascimento de Aquino

Rua Luxemburgo, 193 — Morada do Vale — Governador Valadares (MG) — CEP 35057-490

Tel. (33) 2102-6503 — E-mail: sibebeaquino1@yahoo.com.br

Fonte de fomento: nenhuma declarada — Conflito de interesse: nenhum declarado

Entrada: 17 de junho de 2017 — Última modificação: 1 de setembro de 2017 — Aceite: 6 de setembro de 2017

INTRODUÇÃO

O câncer de próstata (CaP) constitui hoje um problema de saúde pública mundial, tendo aumentado sua incidência desde a década de 60. Atualmente, corresponde ao segundo câncer em incidência e o quinto em mortalidade entre homens em todo o mundo, sendo responsável por cerca de 6,6% das causas de morte por câncer.¹ As maiores taxas de incidência de câncer são encontradas em países desenvolvidos, e dos 1,1 milhões de casos diagnosticados em 2012, 341.000 foram nos países em desenvolvimento.¹ A incidência de CaP varia mais de 25 vezes em todo o mundo e múltiplos fatores podem contribuir para essas variações, incluindo diferença entre etnias, diferenças na prática médica, como a adoção do antígeno prostático específico (PSA) como meio de diagnóstico, além de fatores ambientais e aderência aos métodos de rastreamento e o acesso à saúde.²

No Brasil, o perfil de morbimortalidade por CaP também tem se alterado nas últimas décadas. Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), o número de novos casos diagnosticados em 2014 foi de 60.000, valor que corresponde a um risco médio de 70,42 novos casos a cada 100 mil homens.³ Sem considerar os tumores de pele não melanoma, o CaP é o mais incidente entre os homens em todas as regiões do país, com 91,24/100 mil no Sul, 88,06/100 mil no Sudeste, 62,55/100 mil no Centro-Oeste, 47,46/100 mil no Nordeste e 30,16/100 mil no Norte.³

Embora a etiologia ainda não esteja completamente elucidada, numerosos fatores epigenéticos e mutações somáticas promovem o desenvolvimento do CaP.⁴ Idade,^{5,6} história familiar da doença,⁷ localização geográfica,^{2,8} raça/etnia,⁹ bem como os fatores ambientais e de estilo de vida, como hábitos alimentares e obesidade¹⁰ estão descritos como fatores de risco para o CaP.^{11,12} Como meio de rastreamento, a realização anual do toque retal, a dosagem de PSA (antígeno prostático específico) e a confirmação com biópsia da próstata guiada por ultrassom são recomendações da Sociedade Brasileira de Urologia para os pacientes após os 45 anos de idade e nos casos com histórico familiar de CaP após os 40 anos.^{3,13}

A falta de acesso aos serviços de saúde, a não realização de exames de triagem e diagnóstico para câncer de próstata têm contribuído para o diagnóstico tardio da doença em várias regiões do país.¹⁴⁻¹⁶ Estimativas da incidência de câncer de próstata foram encontradas apenas a nível nacional e regionais no Brasil. Para a região norte de Minas Gerais, não foram identificados estudos que caracterizam o perfil da doença.¹⁷

Neste contexto, o monitoramento e controle das tendências na incidência de CaP, assim como estudos das variações geográficas nos padrões desta doença são de interesse para o seu melhor entendimento.

OBJETIVO

Este estudo teve como objetivo investigar as associações das características sociodemográficas, clínicas e laboratoriais com estadiamento do câncer de próstata, em pacientes admitidos nos serviços de referência em Montes Claros, Minas Gerais.

MÉTODOS

Realizou-se um estudo transversal e analítico cuja população envolveu 3.890 pacientes assistidos no período de janeiro de 2007 a dezembro de 2012 nos serviços de oncologia do Hospital Dilson Godinho e Santa Casa de Misericórdia, que representam os Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) da região do norte de Minas Gerais. Os dados foram obtidos através de prontuários clínicos no período de 1º de janeiro de 2007 a 31 de dezembro de 2012, após autorização das comissões hospitalares internas que regulam o acesso aos dados no serviço de arquivo médico para pesquisa. Os prontuários foram eletrônicos e possuíam como anexo as Fichas dos Registros Hospitalares de Câncer (RHC). O estudo foi conduzido com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros (Processo nº 911.375/2014), Minas Gerais, Brasil.

Foi realizado cálculo amostral, do tipo probabilístico, em que se considerou uma prevalência estimada de 50% de câncer de próstata, nível de confiança de 95% e margem de erro de 5% e um aumento 13% para a taxa de não resposta. A amostra foi determinada em 395 pacientes com diagnóstico histopatológico de câncer de próstata independentemente do subtipo.

Foram analisadas as características sociodemográficas, clínicas e laboratoriais dos pacientes. Foram considerados os seguintes dados: idade ao diagnóstico, cor de pele, grau de instrução, tabagismo e alcoolismo, condições clínicas associadas (hipertensão e diabetes), estado civil, história familiar de câncer, procedência e natureza do serviço. Foram investigadas ainda as seguintes variáveis: realização de rastreamento com toque retal, estadiamento clínico do tumor, grau histológico com o escore de Gleason, presença de metástases, valor do PSA dosado no início do diagnóstico e após o tratamento instituído.

Os pacientes foram classificados como portadores de câncer de próstata precoce ou tardio. Doença precoce (pacientes nos estádios clínicos I e II) inclui os tumores classificados como T1 ou T2, com escore de Gleason ≤ 6 , PSA abaixo de 10 ng/mL. Doença tardia (pacientes nos estádios clínicos III e IV), incluía tumores classificados como T3 ou T4, escore de Gleason ≥ 7 , e níveis de PSA maior que 10 ng/ml e menor que 20 ng/ml.¹⁸

A construção do banco de dados foi realizada utilizando o programa estatístico SPSS 20.0 (for Windows, Inc., IBM,

Estados Unidos) e a análise descritiva das características sociodemográficas, clínicas e laboratoriais foi determinada por distribuição de frequências. As taxas de prevalências relacionadas aos fatores associados à doença foram estabelecidas a partir de alternativas de respostas de cada questionamento do instrumento, acompanhadas pelos respectivos intervalos de confiança (IC) de 95%.

Inicialmente, foram realizadas análises bivariadas por meio do teste qui-quadrado para identificar possíveis associações entre as variáveis independentes e o diagnóstico da doença (precoce e tardia) ajustados ao nível de $P < 0,25$. Para estabelecer a extensão dos indicadores gerais, clínicos e laboratoriais e sua relação aos comportamentos de risco à saúde, recorreu-se aos cálculos dos valores de *odds ratio* (OR) e IC, estabelecidos com a utilização do modelo de regressão logística binária, ajustado e assumindo IC de 95%. Em todas as comparações, $P \leq 0,05$ foi indicativo de diferença estatisticamente significativa.

RESULTADOS

Entre os 395 homens com câncer de próstata, 206 (52,5%) tinham até 69 anos de idade, 289 (75,9%) eram da cor não branca, 292 (74,7%) eram casados e 312 (79%) tinham ensino fundamental incompleto ou abaixo (**Tabela 1**). A maior parte dos pacientes foi procedente de serviços privados (85,1%), mesmo morando em cidades assistidas por equipes da Estratégia Saúde de Família, e 81% dos pacientes nunca haviam se submetido ao exame de toque retal (**Tabela 1**).

Quanto ao estágio da doença, 78,4% foram diagnosticados em estágios iniciais. A dosagem de PSA recente acima de 10 ng/ml foi detectada em 57,9% dos pacientes (**Tabela 2**).

A análise bivariada identificou risco aumentado de câncer de próstata nos pacientes diagnosticados em estágio tardio em comparação aos pacientes diagnosticados em estágio precoce que não realizaram o exame de toque retal prévio (OR 3,77 IC 95% 1,12-12,73). A dosagem de PSA ≥ 10 ng/ml (OR 3,01 IC 95% 1,57-5,80) e escore de Gleason ≥ 7 (OR 3,27 IC 95% 1,78-5,99) também foram observados nos pacientes com diagnóstico em estágio tardio em relação aos diagnosticados em estágio precoce (**Tabela 3**).

A **Tabela 4** mostra a regressão logística binária, na qual se compararam os fatores associados à doença diagnosticada em estágio tardio com a diagnosticada em estágio precoce. Escore de Gleason ≥ 7 (OR 2,21 IC 95% 1,12-4,35), dosagem de PSA elevada (OR 2,36 IC 95% 1,12-4,94), presença de sintomas (OR 3,25 IC 95% 1,56-6,75) bem como a não realização do toque retal (OR 4,80 IC 95% 1,06-21,66) são fatores associados a doença tardia nos pacientes com câncer de próstata do norte de Minas Gerais.

DISCUSSÃO

O diagnóstico precoce de CaP está diretamente associado ao aumento da chance de cura, mas, por falta de cuidados preventivos, o perfil de morbimortalidade por câncer de próstata ainda é elevado em todo o mundo.^{2,19-21} Esse diagnóstico vem sendo obtido com o advento e a introdução na prática clínica da dosagem de PSA, em conjunto com o exame de toque retal, os quais trouxeram a possibilidade de diagnosticar lesões malignas precocemente, permitindo em muitos casos o tratamento curativo.²²

Tabela 1. Características sociodemográficas e clínicas dos pacientes com câncer de próstata assistidos nos serviços de referência em Montes Claros (MG), entre os anos de 2007 a 2012

Características sociodemográficas e clínicas	n	%
Idade (anos)		
55-69	206	52,2
≥ 70	189	47,8
Estado civil		
Tem uma parceira	292	74,7
Não tem uma parceira	99	25,3
Escolaridade		
Fundamental completo ou acima	83	21,0
Fundamental incompleto ou abaixo	312	79,0
Moradia		
IDH elevado (0,700 a 0,799)	94	23,8
IDH baixo (0,500 a 0,599)	301	76,2
Cor da pele		
Branca	92	24,1
Não branca	289	75,9
Natureza do serviço de origem		
Privado	325	85,1
Público	57	14,9
História familiar de câncer		
Não	212	59,1
Sim	147	40,9
Tabagismo		
Não tabagista	158	43,1
Ex-tabagista	46	12,5
Tabagista	163	44,4
Consumo de álcool		
Não alcoólatra	161	45,0
Ex-alcoólatra	36	10,1
Alcoólatra	161	45,0
Hipertensão		
Não hipertenso	189	52,1
Hipertenso	174	47,9
Diabetes mellitus		
Não diabético	326	91,8
Diabético	29	8,2

IDH = Índice de Desenvolvimento Humano.

Apesar de suas limitações, o toque retal é o teste mais utilizado para avaliar a próstata e se realizado em associação à dosagem do PSA, sua sensibilidade pode chegar a 95%.²³ O presente estudo mostrou que mais de 80% dos pacientes não realizaram o exame de toque retal e a não realização foi associada ao diagnóstico da doença em estágio tardio ($P = 0,041$). Somado a este dado, a elevada dosagem de PSA foi encontrada em aproximadamente 58% dos pacientes e associada à doença avançada ($P = 0,023$). A dosagem de PSA, além de auxiliar no diagnóstico, é um dos indicativos de prognóstico da doença.²⁴

Além do toque retal e dosagem de PSA, o escore de Gleason também foi associado ao diagnóstico da doença em estágio tardio ($P = 0,022$). O sistema de graduação de Gleason é universalmente aceito para o CaP e consiste na avaliação da arquitetura da neoplasia obtida por cirurgia ou biópsia,²⁵ 1 é bem diferenciado e 5 é pobremente diferenciado. O escore final é

definido pela soma de dois padrões celulares mais prevalentes. O escore de Gleason com valores de 8 a 10 têm mais chance de recorrência após tratamento primário, assim como maior letalidade pelo câncer do que valores de 2 a 6.²⁶

Neste estudo, pôde-se evidenciar que apenas 37,4% dos pacientes foram diagnosticados em exame de rotina, sem apresentar sintomatologia. Os demais apresentavam algum tipo de sintoma, revelando que a busca do serviço foi em função da doença sintomática e destacando a dificuldade de acesso aos serviços públicos de saúde por grande parte dos pacientes previamente ao diagnóstico. Nessa população, a sintomatologia foi significativamente associada ($P = 0,002$) à doença tardia. Nos estágios iniciais, o CaP é assintomático.²⁶ No entanto, com a evolução tumoral podem surgir dificuldade miccional, oligúria, polaciúria, hematúria e disúria.^{16,27,28}

A maioria dos pacientes avaliados foi proveniente de serviços privados, apesar de haver na região equipes de Estratégia de Saúde da Família. Adicionalmente à ausência do toque retal, ao escore de Gleason ≥ 7 e à dosagem de PSA elevada, a presença de sintomatologia ao diagnóstico demonstrados em parcela dessa população confirmam o pouco acesso ou baixa procura pelos serviços. Esse resultado pode indicar a falta de hábito em buscar serviços de saúde, preconceito com as condutas preventivas, além do baixo nível de educação da população inerente à prevenção.²⁹ Zillmer e cols.³⁰ destacam que entre 70% a 90% dos pacientes são curados quando o diagnóstico é estabelecido no início, isto é, quando o tumor ainda se encontra localizado no interior da próstata.³⁰

Os homens com CaP do presente estudo foram predominantemente casados, residiam em regiões de baixo IDH e tinham baixa escolaridade. Essas características são semelhantes às dos resultados em outros estados brasileiros.^{16,31}

Outros dados adicionais observados na população avaliada foram a idade elevada e a presença de histórico familiar de câncer de próstata. A grande maioria dos casos de CaP ocorre em homens com idade superior a 50 anos e naqueles com história de pai ou irmão com câncer de próstata.^{3,32} O CaP é a neoplasia que aumenta em prevalência rapidamente com a idade. Embora não tenha sido disponibilizado se a história familiar referia-se a CaP nesta população, a literatura aponta que os riscos aumentam de 2,2 vezes quando um parente de primeiro grau (pai ou irmão) é acometido por CaP de 4,9 vezes quando dois parentes de primeiro grau são portadores do tumor e de 10,9 vezes quando três parentes de primeiro grau têm a doença.³³

Este estudo demonstrou que a maioria dos homens com câncer de próstata na região é de indivíduos com mais de 55 anos, que não haviam realizado toque retal previamente ao diagnóstico, não procuraram pelo serviço público para exames preventivos e a procura por atendimento ocorreu

Tabela 2. Características clínicas e laboratoriais dos pacientes com câncer de próstata assistidos nos serviços de referência em Montes Claros (MG), entre os anos de 2007 a 2012

Variáveis	n	%
Doença ao diagnóstico		
Precoce	214	78,4
Tardia	59	21,6
Toque retal		
Já realizou toque	75	19,0
Nunca realizou toque	320	81,0
Escore de Gleason		
≤ 6	224	56,7
≥ 7	171	43,3
Metástase		
Inexistente	316	91,1
1 ou mais	31	8,9
Exame de PSA recente		
≤ 10 ng/ml	166	42,1
≥ 10 ng/ml	228	57,9
Cirurgia		
Sim	72	18,3
Não	322	81,7
Radioterapia		
Sim	288	73,1
Não	106	26,9
Quimioterapia		
Sim	24	6,1
Não	370	93,9
Hormonioterapia		
Sim	161	40,9
Não	233	59,1
Sintomatologia		
Não	146	37,4
Sim	244	62,6

PSA = antígeno prostático específico.

Tabela 3. Análise bivariada das variáveis dos homens com câncer de próstata assistidos nos serviços de referência em Montes Claros (MG), entre os anos de 2007 a 2012

Variáveis	Doença precoce		Doença tardia		OR (IC _{95%})	Valor de P
	n	%	n	%		
Escolaridade						
Fundamental completo ou acima	37	18,4	19	66,1	1,0	0,012
Fundamental incompleto ou abaixo	177	81,6	40	33,9	0,44 (0,23-0,84)	
Toque retal						
Realizou	36	92,3	3	7,7	1,0	0,023
Nunca realizou	178	76,1	56	23,9	3,77 (1,12-12,73)	
Score de Gleason						
≤ 6	134	87,0	20	13,0	1,0	0,000
≥ 7	80	67,2	39	32,8	3,27 (1,78-5,99)	
Metástases						
Inexistente	213	86,9	32	13,1	1,0	0,000
1 ou mais	0	0,0	27	100,0	0,13 (0,09-0,18)	
PSA inicial						
≤ 10 ng/mL	103	88,0	14	12,0	1,0	0,001
>10 ng/mL	110	71,0	45	29,0	3,01 (1,57-5,80)	
Natureza do serviço						
Privado	176	78,9	47	21,1	1,0	0,213
Público	28	70,0	12	30,0	1,60 (0,76-3,39)	
Cirurgia						
Realizada	27	69,2	12	30,8	1,0	0,120
Não realizada	187	80,3	46	19,7	0,55 (0,26-1,17)	
Radioterapia						
Realizada	178	84,4	33	15,6	1,0	0,000
Não realizada	36	59,0	25	41,0	3,74 (1,99-7,04)	
Quimioterapia						
Realizada	9	60,0	6	40,0	1,0	0,069
Não realizada	205	79,8	52	20,2	0,38 (0,13-0,49)	
Hormonioterapia						
Realizada	97	74,0	34	26,0	1,0	0,072
Não realizada	117	83,0	24	17,0	0,58 (0,32-1,05)	
Sintomatologia						
Assintomático	104	88,1	14	11,9	1,0	0,001
Sintomático	109	71,2	44	28,8	2,99 (1,55-5,79)	

PSA = antígeno prostático específico; OR = odds ratio; IC 95% = intervalo de confiança de 95%.

Tabela 4. Fatores associados à doença tardia em homens com câncer de próstata admitidos em serviços de referência em Montes Claros (MG), entre os anos de 2007 a 2012

Fatores associados	OR bruta	IC 95%	Valor de P	OR ajustada	IC 95%	Valor de P
Referência						
Score de Gleason						
≥ 7	3,27	1,78-5,99	0,000	2,21	1,12-4,35	0,022
≤ 6	1	1	1	1	1	1
PSA inicial						
≥ 10 ng/mL	3,01	1,57-5,80	0,001	2,36	1,12-4,94	0,023
< 10 ng/mL	1	1	1	1	1	1
Toque retal						
Nunca realizou	3,77	1,12-12,73	0,023	4,80	1,06-21,66	0,041
Realizou						
Sintomatologia						
Sintomático	2,99	1,55-5,79	0,001	3,25	1,56-6,75	0,002
Assintomático	1	1	1	1	1	

Modelo logístico ajustado; Análise bivariada = variáveis independentes associadas a variável desfecho ao nível de 0,25; OR bruta = razão de chance bruta (odds ratio); OR ajustada = razão de chance ajustada (adjusted odds ratio); IC 95% = intervalo de confiança de 95%; Valor de P = nível descritivo < 0,05.

geralmente na presença de sintomas. A alta dosagem do PSA, escore de Gleason ≥ 7 , a não realização do toque retal bem como a presença de sintomas foram associados à doença avançada na amostra avaliada. Em função do contexto apresentado, destaca-se a importância das atividades de prevenção primária, realização do exame de toque retal e a dosagem de PSA para o diagnóstico precoce de câncer de próstata no norte de Minas Gerais, Brasil.

Em relação às limitações deste estudo, uma das mais importantes é o fato de a informação sobre a realização dos exames preventivos para o câncer de próstata ter sido obtida por meio de prontuários, causando viés de confusão, além disso, o desenho transversal da pesquisa limita a possibilidade de interpretar as relações causa-efeito.

A concretização de outros estudos de base populacional sobre esta temática faz-se importante, a fim de avaliar se os

homens têm conhecimento sobre os exames de rastreamento para o câncer de próstata e, além disso, se estão sendo suficientemente informados, pelos serviços de saúde e por seus médicos, sobre os benefícios e riscos relacionados à realização destes exames e sob que circunstâncias estão sendo realizados.

CONCLUSÃO

Este estudo demonstrou que os homens com câncer de próstata no norte de Minas Gerais, em sua maioria, procuraram o serviço quando já havia presença de sintomas e não haviam realizado exames preventivos. Isso sinaliza para a dificuldade de acesso ao serviço público para esta população. Além disso, a alta dosagem do PSA, a não realização do toque retal bem como a presença de sintomatologia foram associados à doença tardia na população avaliada.

REFERÊNCIAS

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer*. 2015;136(5):E359-86.
2. Center MM, Jemal A, Lortet-Tieulent J, et al. International variation in prostate cancer incidence and mortality rates. *Eur Urol*. 2012;61(6):1079-92.
3. Facina T. Estimativa 2014. Incidência de Câncer no Brasil. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2014;60(1):63. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_60/v01/pdf/11-resenha-estimativa-2014-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf. Acessado em 2017 (17 ago).
4. Kim JH, Dhanasekaran SM, Mehra R, et al. Integrative analysis of genomic aberrations associated with prostate cancer progression. *Cancer Res*. 2007;67(17):8229-39.
5. Armitage P, Doll R. The age distribution of cancer and a multi-stage theory of carcinogenesis. *Br J Cancer*. 1954;8(1):1-12.
6. Armitage P, Doll R. A two-stage theory of carcinogenesis in relation to the age distribution of human cancer. *Br J Cancer*. 1957;11(2):161-9.
7. Kiciński M, Vangronsveld J, Nawrot TS. An epidemiological reappraisal of the familial aggregation of prostate cancer: a meta-analysis. *PLoS One*. 2011;6(10):e27130.
8. Goggins WB, Wong G. Cancer among Asian Indians/Pakistanis living in the United States: low incidence and generally above average survival. *Cancer Causes Control*. 2009;20(5):635-43.
9. Merrill RM, Sloan A. Risk-adjusted incidence rates for prostate cancer in the United States. *Prostate*. 2012;72(2):181-5.
10. Hsing AW, Chokkalingam AP. Prostate cancer epidemiology. *Front Biosci*. 2006;11:1388-413.
11. Pu YS, Chiang HS, Lin CC, et al. Changing trends of prostate cancer in Asia. *Aging Male*. 2004;7(2):120-32.
12. Crawford ED. Epidemiology of prostate cancer. *Urology*. 2003;62(6 Suppl 1):3-12.
13. Sociedade Brasileira de Urologia. Manual de Boas Práticas Urológicas. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Urologia; 2009. Disponível em: <http://www.uro.com.br/images/manual%20boa%20pratica.pdf>. Acessado em 2017 (17 ago).
14. Miranda PSC, Cortes MCJ, Martins ME, Chaves PC, Santarosa RC. Práticas de diagnóstico precoce de câncer de próstata entre professores da faculdade de medicina - UFMG [Practice of precocious diagnosis for prostate cancer among professors of the school of medicine, Minas Gerais Federal University- Brazil]. *Rev Assoc Med Bras* (1992). 2004;50(3):272-5.
15. Moraes AB, Medeiros LR, Riboldi J, Turchiello MS, Zanini RR. Estudo da sobrevida de pacientes com câncer de mama atendidas no hospital da Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil [Survival study of breast cancer patients treated at the hospital of the Federal University in Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brazil]. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(10):2219-28.
16. Goncalves IR, Popim RC, Padovani C. Caracterização epidemiológica e demográfica de homens com câncer de próstata [Demographic and epidemiological characterization of men with prostate cancer]. *Ciê Saúde Coletiva*. 2008;13(4):1337-42.
17. Brasil. Instituto Nacional de Câncer. Síntese de resultados e comentários. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/sintese-de-resultados-comentarios.asp>. Acessado em 2017 (17 ago).
18. National Comprehensive Cancer Network. Prostate Cancer. Disponível em: <https://www.nccn.org/patients/guidelines/prostate/files/assets/common/downloads/files/prostate.pdf>. Acessado em 2017 (17 ago).

19. Parker PA, Cohen L, Bhadkamkar VA, et al. Demographic and past screening behaviors of men attending a free community screening program for prostate cancer. *Health Promot Pract.* 2006;7(2):213-20.
20. Ross LE, Meade SA, Powe BD, Howard DL. Prostate-specific antigen test use and digital rectal examinations among African-American men, 2002-2006. *J Natl Black Nurses Assoc.* 2009;20(1):52-8.
21. Liang Y, Messer JC, Loudon C, et al. Prostate cancer risk prediction in a urology clinic in Mexico. *Urol Oncol.* 2013;31(7):1085-92.
22. Brawley OW. Trends in prostate cancer in the United States. *J Natl Cancer Inst Monogr.* 2012;2012(45):152-6.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Programa nacional de controle do câncer da próstata: documento de consenso. Rio de Janeiro: INCA; 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cancer_da_prostata.pdf. Acessado em 2017 (17 ago).
24. Mikkola A, Aro J, Rannikko S, Ruutu M; Finnprostate Group. Prognostic grouping of metastatic prostate cancer using conventional pretreatment prognostic factors. *Scand J Urol Nephrol.* 2009;43(4):265-70.
25. Epstein JI, Allsbrook WC Jr, Amin MB, Egevad LL; ISUP Grading Committee. The 2005 International Society of Urological Pathology (ISUP) Consensus Conference on Gleason Grading of Prostatic Carcinoma. *Am J Surg Pathol.* 2005;29(9):1228-42.
26. Nelson WG, Carter HB, DeWeese TL, Eisenberger MA. Prostate Cancer. In: Abeloff MD, Armitage JO, Niederhuber JE, et al., editors. *Abeloff's Clinical Oncology*. Philadelphia: Elsevier Churchill Livingstone; 2008. p. 1653-700.
27. Corrêa NAB, Costa GFM, Massambani EM, Matumoto FH, Paula MMM. Diagnóstico precoce de carcinoma de próstata: Antígeno Prostático Específico (PSA), um marcador quase ideal [A precocious diagnosis of prostate carcinoma: prostate specific antigen (PSA), an almost ideal marker]. *Rev Bras Anal Clin.* 2003;35(2):63-4.
28. Reggio E. Tratamento percutâneo do adenocarcinoma de próstata por crioblação [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2005.
29. Vieira CG, Araújo WS, Vargas DRM. O homem e o câncer de próstata: prováveis reações diante de um possível diagnóstico. *Revista Científica do ITPAC.* 2012;5(1):3. Disponível em: http://acimarmarialva.com.br/admin/arquivo_publicacoes/1380815497_cancer_de_prostata.pdf. Acessado em 2017 (18 ago).
30. Zillmer JGV, Lima LM, Feijó AM, et al. Caracterização dos clientes em tratamento radioterápico em um serviço no sul do Brasil [Characterization of the clients in radiotherapeutic treatment in a service in southern Brazil]. *Revista de Enfermagem da UFSM.* 2013;3(2):315-25. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/index.php/reufsm/article/view/8595/pdf>. Acessado em 2017 (18 ago).
31. Araújo JS, Oliveira RAA, Conceição VM, Zago MMF. Caracterização social e clínica dos homens com câncer de próstata atendidos em um hospital universitário [Social and clinical characterization of men with prostate cancer treated at a university hospital]. *REME Rev Min Enferm.* 2015;19(2):196-203.
32. Gomes R, Araújo FC, Nascimento EF, Rebello LEFS. A prevenção do câncer de próstata: uma revisão da literatura [Prostate cancer prevention: a review of the literature]. *Ciêns Saúde Colet.* 2008;13(1):235-46.
33. Srougi M, Lima SV. Manual de normatização: câncer urológico. São Paulo: BG Cultural; 2000.

Melanoma primário múltiplo sincrônico em mulher jovem: relato de caso e revisão da literatura

Mariana Alvares Penha^I, Eliane Roio Ferreira^I, Gabriel Peres^I, Eloisa Bueno Pires de Campos^{II}, Mariangela Esther Alencar Marques^{III}, Hélio Amante Miot^{IV}, Ana Cláudia Cavalcante Espósito^V

Departamento de Dermatologia e Radioterapia da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (FMB-Unesp)

RESUMO

Contexto: Melanoma corresponde a apenas 3% dos cânceres da pele, porém, tem alta letalidade. Pacientes diagnosticados com melanoma têm risco de 1% a 8% de desenvolver um segundo melanoma, o que se denomina de melanoma primário múltiplo (MPM). Até 30% dos casos de MPM são sincrônicos. **Descrição do caso:** Mulher, de 39 anos, com duas lesões melanocíticas no membro inferior. Exame histopatológico evidenciou serem ambos melanomas primários, sendo, portanto, diagnosticados como MPM sincrônicos. **Discussão:** MPM sincrônico é raro e há poucos relatos na literatura, sendo as características da doença pouco conhecidas pelos dermatologistas. Principais fatores de risco para desenvolvimento de MPM são história pessoal de nevo displásico e antecedente familiar de melanoma. **Conclusões:** Pacientes com MPM devem ter seguimento clínico regular minucioso, por apresentarem maior risco que a população geral de desenvolver outros melanomas. Com o aumento da incidência do melanoma, casos de MPM devem tornar-se mais frequentes na prática clínica.

PALAVRAS-CHAVE: Melanoma, neoplasias cutâneas, letalidade, pele, melanócitos

INTRODUÇÃO

O melanoma cutâneo é o tipo de câncer que tem origem a partir dos melanócitos. Tais células localizam-se na camada basal da epiderme e têm a função de sintetizar melanina, o pigmento que determina a cor da pele. Apesar de

corresponder a apenas 3% dos casos de câncer da pele, o melanoma é responsável por 75% das mortes relacionados a eles.^{1,2} Na última década, sua incidência aumentou em 38% e sua taxa de mortalidade em 26%.³ Segundo dados do Instituto Nacional de Câncer, no Brasil foram estimados 5.670 casos novos de melanoma no ano de 2016.⁴

^IResidentes do serviço de Dermatologia da Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (FMB-Unesp).

^{II}Cirurgiã plástica, médica contratada do Departamento de Dermatologia da Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (FMB-Unesp).

^{III}Patologista, professora titular do Departamento de Patologia da Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (FMB-Unesp).

^{IV}Professor Adjunto do Departamento de Dermatologia da Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (FMB-Unesp).

^VDermatologista colaboradora da cirurgia oncológica do Departamento de Dermatologia e Radioterapia da Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (FMB-Unesp).

Editor responsável por esta seção:

Hamilton Ometto Stolf. Professor colaborador da Disciplina de Dermatologia da FCM-Unicamp, Campinas (SP) e professor aposentado do Departamento de Dermatologia e Radioterapia da Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (FMB-Unesp).

Endereço de correspondência:

Ana Cláudia Cavalcante Espósito

Departamento de Dermatologia e Radioterapia da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista (FMB-Unesp)

Botucatu (SP) — CEP 18618-000

Tel./Fax. (14) 3882-4922 — E-mail: anaclaudiaesposito@gmail.com

Fonte de fomento: Nenhuma declarada — Conflito de interesse: Nenhum conflito

Entrada: 10 de agosto de 2017 — Última modificação: 17 de setembro de 2017 — Aceite: 22 de setembro de 2017

Um paciente diagnosticado com melanoma tem risco de 1% a 8% de desenvolver um segundo tumor melanocítico, sendo esta ocorrência denominada de melanoma primário múltiplo (MPM).^{2,5} Quando dois ou mais melanomas são diagnosticados em um intervalo de até três meses, são denominados MPM sincrônicos. Correspondem a 30% dos MPM e seus relatos na literatura são pouco frequentes.²

Apresentamos caso de MPM sincrônicos, enfatizando a sua raridade, a necessidade de exame físico minucioso e seguimento dos pacientes.

RELATO DA COMUNICAÇÃO

Paciente do sexo feminino, 39 anos, de fototipo III de Fitzpatrick, sem antecedentes pessoais ou familiares de melanoma, foi encaminhada ao Serviço de Dermatologia devido ao aparecimento, há dois anos, de duas lesões enegrecidas, assintomáticas e de crescimento progressivo localizadas no membro inferior esquerdo. Trabalhava como faxineira e relatava fotoexposição importante.

Ao exame dermatológico, apresentava uma mácula enegrecida, simétrica e com uma tonalidade, de 0,5 cm de diâmetro localizada na face medial da perna; à dermatoscopia, presença de rede pigmentar (lesão melanocítica) com estrias periféricas difusas, pseudópodes e glóbulos periféricos (Figuras 1 e 2). A segunda lesão era uma mácula acastanhada



Figura 1. Mácula enegrecida, simétrica, de 0,5 cm de diâmetro localizada na face medial do membro inferior esquerdo.

de limites imprecisos, 1 cm de diâmetro, encimada por nódulo hiperqueratótico, localizada na porção medial do calcâneo esquerdo (Figura 3 e 4).

Foi realizada biópsia excisional de ambas as lesões (2 mm de margem). O exame histopatológico da primeira lesão (face medial da perna) evidenciou melanoma extensivo superficial *in situ* com extensas áreas de regressão (mais de 50% da lesão), sem invasão angiolímfática, perineural ou ulceração. Já a lesão do calcâneo foi diagnosticada como melanoma lentiginoso acral, com fase de crescimento vertical, Breslow 3,5 mm, 3 mitoses/mm², sem invasão angiolímfática ou perineural, áreas de regressão, satelitose ou ulceração (Figura 5 e 6).

A paciente foi submetida ampliação de margem cirúrgica em ambas as lesões. A Pesquisa de linfonodo sentinela referente à lesão calcânea foi negativa.

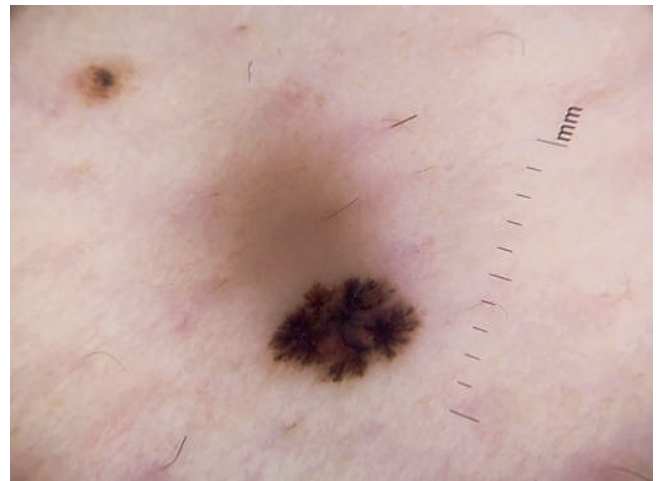


Figura 2. Dermatoscopia: lesão melanocítica com estrias periféricas difusas, pseudópodes e glóbulos periféricos.



Figura 3. Mácula acastanhada de limites imprecisos, 1 cm de diâmetro, encimada por nódulo hiperqueratótico, localizada na porção medial do calcâneo esquerdo.

A paciente está em seguimento clínico e mapeamento corporal, frente ao risco aumentado de novos melanomas.

DISCUSSÃO

A ocorrência de melanoma primário múltiplo é um tema que tem ganhado destaque na literatura científica, como se pode notar pelo número relativamente elevado de artigos sobre o tema nas bases de dados (Tabela 1).

Nos pacientes com MPM, é fundamental a diferenciação entre a ocorrência de uma nova lesão primária *versus* um acometimento secundário (metástase). Além do exame clínico minucioso, o exame anatomopatológico é fundamental: nas metástases, há epidermotropismo, afinamento da epiderme, distensão da derme papilar por melanócitos malignos e infiltração dérmica; já as lesões primárias de melanoma apresentam alterações juncionais e disseminação pagetoide.^{1,6}



Figura 4. Fotografia das duas lesões melanocíticas encontradas no membro inferior esquerdo.

Os fatores de risco mais importantes para desenvolvimento de MPM são história pessoal de nevo displásico e antecedente familiar de melanoma em parente de primeiro grau.³ Entre 39% a 63% dos pacientes com MPM apresentam nevo displásico e, nos indivíduos com história familiar positiva para melanoma, o risco de desenvolver MPM em cinco anos

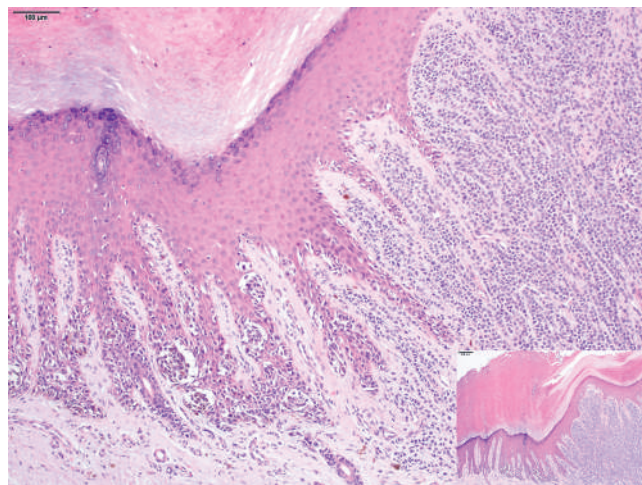


Figura 5. Histopatologia de melanoma lentiginoso acral (hematoxilina-eosina, aumento de 100 x).

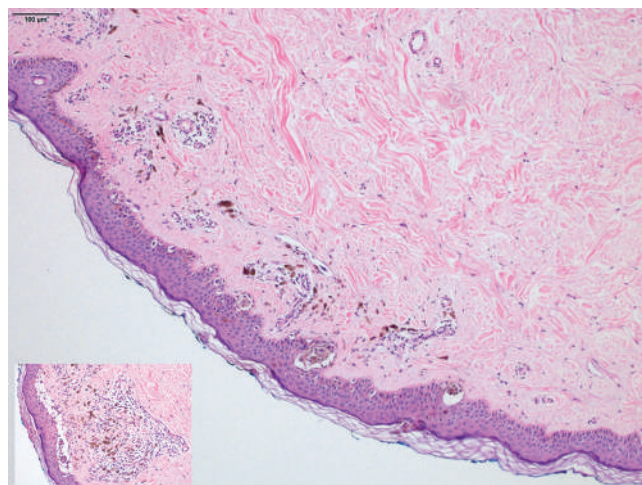


Figura 6. Histopatologia do melanoma extensivo superficial *in situ* com extensas áreas de regressão (hematoxilina-eosina, aumento de 100 x).

Tabela 1. Resultados da busca sistematizada nas bases de dados médicas realizada no dia 29/08/2017

Base de dados	Estratégia de busca	Resultados
Embase via Elsevier	(multiple primary melanoma) Filtro: case reports	143
Scopus	(multiple primary melanoma) Filtro: case reports	143
MEDLINE (via PubMed)	(multiple primary melanoma) Filtro: case reports	974

é de 19%. Outros fatores preditores de MPM são: fototipo claro (I ou II de Fitzpatrick), sexo masculino e primeiro melanoma do subtipo nodular ou lentigo maligno.^{2,3,6,7} A paciente em questão não possui fatores de maior risco para MPM relatados: seu fototipo é mais elevado, não apresenta história familiar de melanoma e sem antecedente de nevo displásico.

O gene CDKN2A, localizado no cromossomo 9p21, codifica p16, um importante supressor tumoral e mediador da senescência celular. Mutações nesse gene ocorrem em 8,3% a 15% dos pacientes com MPM; entre os pacientes com MPM e antecedente familiar de melanoma, essa porcentagem sobe para 47%. Já o MITF (fator transcricional associado a microphthalmia) está mutado em 3% dos pacientes com MPM sem história familiar de melanoma.^{2,8,9}

A literatura ainda é controversa sobre prognóstico e mortalidade dos pacientes com MPM. Artigos clássicos evidenciam não haver diferença de mortalidade entre pacientes com

MPM e melanoma único, entretanto novos estudos retrospectivos sugerem maior mortalidade entre o grupo de pacientes com MPM, sendo independente do subtipo histopatológico, metástase a distância, acometimento linfonodal e Breslow.^{7,10,11}

Alguns autores defendem a avaliação e aconselhamento genético para pacientes com MPM, mesmo sem história familiar da doença. Todos os parentes de primeiro grau devem realizar seguimento dermatológico.^{7,11}

CONCLUSÕES

Ao apresentar um caso raro de MPM sincrônico, enfatizamos a importância do seguimento clínico adequado e regular dos pacientes diagnosticados com MPM, bem como a necessidade de mapeamento corporal total fotográfico, pois eles apresentam maior risco que a população geral de desenvolver outro melanoma.

REFERÊNCIAS

1. Payapvipapong K, Kanechorn-Na-Ayuthaya P. Multiple primary melanoma in a Thai Male: a case report. *J Med Assoc Thai.* 2014;97 Suppl 2:S234-8.
2. Solís-Arias MP, Lammoglia-Ordiales L, Toussaint-Caire S, Galván-Martínez I, Fonte-Ávalos V. Melanoma primário múltiplo (MMP) sincrônico: caso clínico y revisión de la literatura. *Gaceta Médica de México.* 2014;150:101-5. Disponível em: http://www.anmm.org.mx/GMM/2014/n1/GMM_150_2014_1_101-105.pdf. Acessado em 2017 (5 set).
3. Krajewski AC, Hart DR, Hieken TJ. Multiple primary melanoma in the elderly. *Am J Surg.* 2016;211(1):84-8.
4. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Pele melanoma. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/pele_melanoma/definicao. Acessado em 2017 (07 ago). (Autores, verificar se a referência citada é: Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2016. Incidência de Câncer no Brasil. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/>. Acessado em 2017 (14 set).
5. Ferreres JR, Moreno A, Marcoval J. [Multiple primary melanoma]. *Actas Dermosifiliogr.* 2009;100(5):414-9.
6. Lopes MMMF, Olivera Filho RS, Calvis LA, et al. Melanoma primário múltiplo. *Anais Brasileiros de Dermatologia.* 1997;72(1): 21-5. Disponível em: <http://www.anaisdedermatologia.org.br/detalhe-artigo/631/Melanoma-primario-multiplo>. Acessado em 2017 (5 set).
7. Savoia P, Quaglino P, Verrone A, Bernengo MG. Multiple primary melanomas: analysis of 49 cases. *Melanoma Res.* 1998;8(4):361-6.
8. Bruno W, Pastorino L, Ghiorzo P, et al. Multiple primary melanomas (MPMs) and criteria for genetic assessment: MultiMEL, a multicenter study of the Italian Melanoma Intergroup. *J Am Acad Dermatol.* 2016;74(2):325-32.
9. Gibbs DC, Orlow I, Kanetsky PA, et al. Inherited genetic variants associated with occurrence of multiple primary melanoma. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2015;24(6):992-7.
10. Pardo LM, van der Leest RJ, de Vries E, et al. Comparing survival of patients with single or multiple primary melanoma in the Netherlands: 1994-2009. *Br J Dermatol.* 2017;176(2):531-3.
11. Buljan M, Tomić Sremec N, Sremec J, et al. Disease Progression in Cases Multiple Primary Melanoma. *Acta Dermatovenerol Croat.* 2015;23(4):260-4.

Pregabalina parece não melhorar ciatalgia

Autores da tradução:

Pablo Gonzáles Blascoⁱ, Marcelo Rozenfeld Levitesⁱⁱ, Pedro Subtil de Paulaⁱⁱⁱ, Laura Bogue Müller de Almeidaⁱⁱⁱ

Sociedade Brasileira de Medicina de Família

PERGUNTA CLÍNICA

A pregabalina é um tratamento eficaz para ciatalgia aguda ou crônica?

PONTO DE PARTIDA

Pregabalina não alivia a dor em paciente com ciatalgia.¹
Nível de evidência = 1b.²

DESENHO DO ESTUDO

Ensaio controlado randomizado (duplo-cego).

FINANCIAMENTO

Governamental.

CENÁRIO

Ambulatorial.

ALOCAÇÃO

Austrália.

SINOPSE

Gabapentina e seu pró-fármaco, pregabalina, são amplamente utilizados para o tratamento da dor neuropática, incluindo a ciatalgia. Este ensaio clínico³ australiano recrutou pacientes com ciatalgia moderada a grave, com duração de uma semana a um ano. Ciatalgia foi definida como dor persistente ao longo do nervo ciático, que se inicia na região glútea e pode ir até a parte mais baixa de uma ou duas pernas, acompanhando sinais de envolvimento de raiz nervosa ou do nervo espinhal, como *deficits* sensoriais, reflexos diminuídos ou fraqueza. A dor teve que estar presente entre uma semana e um ano. A idade média dos 207 participantes foi de 54 anos, 85% apresentavam dor dermatomal, 37% apresentavam *deficit* neurológico e 30% apresentavam *deficit* motor. Os pacientes foram aleatoriamente designados para receber 75 mg de pregabalina duas vezes ao dia, aumentando para uma dose alvo final de 300 mg duas vezes ao dia em oito semanas ou placebo. O período de seguimento foi de um ano. O desfecho primário foi dor, medida pela escala visual analógica (0 a 10 pontos, 0 = nenhuma dor e 10 = dor máxima, diferença de pelo menos 1,5 pontos foi considerada como clinicamente importante). Os grupos eram balanceados quanto às características sociodemográficas e

ⁱMédico de família, doutor em Medicina, diretor científico e membro-fundador da Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Sobramfa).

ⁱⁱMédico de família e diretor da Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Sobramfa).

ⁱⁱⁱMédica de família da Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Sobramfa).

Editores responsáveis por esta seção:

Pablo Gonzáles Blasco. Médico de família, doutor em Medicina, diretor científico e membro-fundador da Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Sobramfa).

Marcelo Rozenfeld Levites. Médico de família e diretor da Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Sobramfa).

Pedro Subtil de Paula. Médico de família e diretor da Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Sobramfa).

Tradução e adaptação:

Sobramfa (Sociedade Brasileira de Medicina de Família) — Rua Sílvia, 56 — Bela Vista — São Paulo (SP) — CEP 01331-000

Tel. (11) 3253-7251/3285-3126 — E-mail: sobramfa@sobramfa.com.br — <http://www.sobramfa.com.br>

Data de entrada: 7 de agosto de 2017 — Última modificação: 11 de setembro de 2017 — Aceitação: 22 de setembro de 2017

clínicas no início do estudo, e a análise foi feita por intenção de tratar (*intention to treat*). Não houve diferença estatística entre os dois grupos de intervenção após oito semanas e após um ano para o desfecho primário, e nem para os secundários (incapacidade, intensidade da dor nas costas, percepção global do efeito e qualidade de vida).

NOTA DO TRADUTOR

Estudo duplo-cego randomizado, com tamanho amostral pequeno, porém com boa qualidade metodológica e com intervalo de confiança de 95%. Apesar da limitação causada pela amostragem, esse artigo pode ajudar os clínicos na conduta clínica da cialgia.

REFERÊNCIAS

1. Henry C. Barry, MD, MS. Pregabalin does not decrease the pain of sciatica. Disponível em: <http://www.essentialvidenceplus.com/infopoems/dailyInfoPOEM>.
2. Centre for Evidence Based Medicine. Oxford Centre for Evidence-based Medicine – Levels of Evidence (March 2009). Disponível em: <http://www.cebm.net/index.aspx?o=1025>. Acessado em 2017 (14 Set).
3. Mathieson S, Maher CG, McLachlan AJ, et al. Trial of Pregabalin for Acute and Chronic Sciatica. N Engl J Med. 2017;376(12):1111-20.

RESPONSÁVEL PELA EDIÇÃO DESTA SEÇÃO: SOBRAMFA



Rastreamento de câncer de tireoide em adultos assintomáticos não é recomendado

Autores da tradução:

*Pablo Gonzáles Blasco^I, Marcelo Rozenfeld Levites^{II},
Pedro Subtil de Paula^{III}, Laura Bogea Müller de Almeida^{III}*

Sociedade Brasileira de Medicina de Família

PERGUNTA CLÍNICA

Quais são os riscos e os benefícios clínicos do rastreamento para câncer de tireoide em adultos assintomáticos?

PONTO DE PARTIDA

A U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) conclui que a evidência atual é suficiente para não recomendar o rastreamento para câncer de tireoide em adultos assintomáticos (recomendação D). Esta recomendação não se aplica a pessoas com risco aumentado de câncer de tireoide (por exemplo, pessoas com história de exposição a radiações ionizantes, dieta baixa em iodo, síndrome genética hereditária ou que tenham parente de primeiro grau com história de câncer de tireoide). Esta atualização da recomendação se manteve essencialmente inalterada em relação à recomendação anterior de 1996.¹

Nível de evidência = 2a.

DESENHO DO ESTUDO

Diretriz clínica.

FINANCIAMENTO

Governmental.

CENÁRIO

Populacional.

ALOCAÇÃO

Não se aplica.

SINOPSE

Nessa revisão² atualizada, a USPSTF avaliou as evidências atuais que levam em consideração o balanço de riscos e benefícios da triagem de câncer de tireoide em adultos assintomáticos. Essa força-tarefa encontrou evidências mostrando a baixa efetividade clínica do exame de palpação do pescoço ou da ultrassonografia como testes de rastreamento para câncer de tireoide.

^IMédico de família, doutor em Medicina, diretor científico e membro-fundador da Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Sobramfa).

^{II}Médico de família e diretor da Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Sobramfa).

^{III}Médica de família da Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Sobramfa).

Editores responsáveis por esta seção:

Pablo Gonzáles Blasco. Médico de família, doutor em Medicina, diretor científico e membro-fundador da Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Sobramfa).

Marcelo Rozenfeld Levites. Médico de família e diretor da Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Sobramfa).

Pedro Subtil de Paula. Médico de família e diretor da Sociedade Brasileira de Medicina de Família (Sobramfa).

Tradução e adaptação:

Sobramfa (Sociedade Brasileira de Medicina de Família) — Rua Sílvia, 56 — Bela Vista — São Paulo (SP) — CEP 01331-000

Tel. (11) 3253-7251/3285-3126 — E-mail: sobramfa@sobramfa.com.br — <http://www.sobramfa.com.br>

Data de entrada: 7 de agosto de 2017 — Última modificação: 25 de setembro de 2017 — Aceitação: 28 de setembro de 2017

Embora não haja ensaios clínicos comparando populações que receberam rastreamento *versus* as que não receberam, ou cirurgia imediata *versus* observação, a melhor evidência de estudos observacionais não demonstra alteração na mortalidade ao longo do tempo após a introdução do rastreamento populacional. Os estudos que relatam os possíveis danos causados pelo rastreamento encontraram, pelo menos, evidências moderadas de danos causados pelo tratamento, incluindo o hipoparatiroidismo permanente induzido por cirurgia e a paralisia do nervo laríngeo recorrente, bem como o aumento do risco de malignidade primária secundária e boca seca do tratamento com iodo radioativo. A American Cancer Society, a American Thyroid Association e The Canadian Task Force não recomendam o rastreamento para câncer de tireoide.

NOTA DO TRADUTOR

A Força-Tarefa de Serviços Preventivos dos Estados Unidos é composta por 16 membros voluntários que são especialistas reconhecidos nacionalmente em prevenção, medicina baseada em evidências e cuidados primários. Os seus campos de atuação e especialização incluem saúde comportamental, medicina de família, geriatria, medicina interna, pediatria, obstetrícia e ginecologia e enfermagem. Suas recomendações baseiam-se em uma revisão rigorosa das evidências preexistentes revisadas por pares e destinam-se a ajudar os médicos da atenção primária a decidir se um serviço preventivo é ideal para as necessidades do paciente.³

REFERÊNCIAS

1. Barry HC. USPSTF 2017 recommends against screening for thyroid cancer in asymptomatic adults (D recommendation). Disponível em <http://www.essentialvidenceplus.com/infopoems/dailyInfoPOEM.cfm?view=176786>. Acessado em 2017 (11 set).
2. US Preventive Services Task Force, Bibbins-Domingo K, Grossman DC, et al. Screening for Thyroid Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA. 2017;317(18):1882-7.
3. U.S. Preventive Services Task Force. About the USPSTF. Disponível em <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/about-the-uspstf>. Acessado em 2017 (28 set).

RESPONSÁVEL PELA EDIÇÃO DESTA SEÇÃO: SOBRAMFA



Poesia a que horas

Alfredo José Mansur¹

Unidade Clínica de Ambulatório do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

A prática clínica e os cuidados à saúde de modo geral são tão essencialmente multidimensionais que não lhe escapam as mais diversas questões. Em tempos recentes, os jornais de grande circulação noticiaram comentários sobre o suposto uso excessivo de exames complementares no Brasil comparativamente a outros países.¹ Outra notícia apontou consultas médicas com tempo insuficiente para interação satisfatória entre médico e paciente.² E notícia houve de que até autoridades fizeram interpretações que suscitaram respostas de entidades de classe médica.³ Tais assuntos tanto recebem atenção na literatura médico-científica quanto fazem parte das reflexões cotidianas. Seguem algumas delas.

Marketing – Propaganda na televisão aberta divulgou há muitos anos o caso de uma prestadora de serviços de saúde, que tinha como chamariz o fato de dar acesso até a ressonância magnética, um exame de alto custo e, na época, de inclusão muito recente na prática. Assim se ilustra o apelo potencial de peças de *marketing* para a promoção predominante do aspecto tecnológico atualizado do serviço oferecido na atenção à saúde. O aspecto tecnológico está ligado ao poder da tecnologia, é impessoal e glamoroso. O outro lado, mais humano, em geral é sofrido, tem menos *glamour* e às vezes é consciente ou inconscientemente evitado ou considerado ineficiência, lentidão, abstração, filosofia ou até poesia. Nesta circunstância, é convidativa a remissão à pergunta: “Poesia numa hora dessas?!”; subtítulo ocasional de uma série jornalística de conhecido escritor brasileiro⁴ do qual me incluo como assíduo leitor; há também um livro do mesmo autor com esse título.

É de se indagar se há anúncios de *marketing* a divulgar como núcleo da mensagem o atendimento médico com tempo

suficiente para os pacientes, com pertinente reconhecimento organizacional e pragmático. Alternativamente, poder-se-ia atenuar o lado humano do exame clínico e enfatizá-lo como tecnologia diagnóstica,⁵ que poderia ser alternativa a não antagonizar a cultura tecnológica dominante.

Aspectos econômicos – O vigor do aspecto econômico da prática clínica é cotidiano e explícito. Entre as questões econômicas, há os custos trazidos pelo emprego dos avanços tecnológicos, seja na forma de exames complementares, de uso de equipamentos, de intervenções e de terapêutica, demandas essas que se modulam ou se retroalimentam mutuamente. Como os recursos disponíveis são finitos, questões econômicas sempre trazem implícitas as questões de disponibilidade e acesso; de modo geral, a disponibilidade sempre fica a dever para a demanda em termos ideais. A natureza da relação entre os dois lados da equação é cotidiano exercício para profissionais e para pacientes.

Um dos pressupostos aventados com frequência é que a limitação de tempo dedicado à história clínica e exame físico pode propiciar o uso excessivo de recursos tecnológicos e elevar custos. Por um lado, a mobilização de exames e de tecnologia médica é um forte movente econômico; em outros países, sua influência estendeu-se a médicos e hospitais e foi considerado “produtividade”.⁶ Por outro lado, paradoxalmente, a pressão para o uso judicioso de recursos de alto custo pode ser uma consequência do seu impacto econômico. Há até mesmo a possibilidade de pacientes terem procedimento evitado por essa razão (e que, na evolução, não se demonstre indispensável). Curiosamente, aspectos concretos de custos são estímulo para que o exame clínico com seu alcance diagnóstico e terapêutico deva ser exercido plenamente e não abreviado, ainda

¹ Livre-docente em Cardiologia pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Diretor da Unidade Clínica de Ambulatório do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Endereço para correspondência:
Unidade Clínica de Ambulatório do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 44 — São Paulo (SP) — CEP 05403-000
Tel. InCor (11) 2661-5237 — Consultório: (11) 3289-7020/3289-6889
E-mail: ajmansur@incor.usp.br

Fontes de fomento: nenhuma declarada — Conflito de interesse: nenhum declarado
Entrada: 21 de agosto de 2017 — Última modificação: 21 de agosto de 2017 — Aceite: 1 de setembro de 2017

que pela sua própria natureza o seu alcance diagnóstico e humano possa não ter o reconhecimento pertinente a depender da cultura na qual se insere.

Ganhar ou perder tempo – Curiosamente, em uma cultura com muitos equipamentos eletrônicos, que teria prometido aos homens maior tempo livre, o mundo evoluiu de tal modo que, em geral, todas as pessoas são muito ocupadas, inclusive pacientes e médicos. Também pacientes podem ser apressados.

De modo geral, em nossa cultura, o tempo é (pretensamente) superutilizado, mesmo em atividades que podem não ser produtivas. De algum modo, permitiu-se o conceito de que a anamnese (ouvir, e depois conversar) possa ser considerado perda de tempo (ou poesia).

Não deixa de ser curioso que o próprio paciente possa entender a narrativa como perda de tempo; é experiência corriqueira que os pacientes apresentem os exames ao médico antes de contar a sua história, como se os exames substituíssem a história. Também é curioso que os responsáveis pela organização de serviços podem não ser muito sensíveis a este lado, permitindo a impressão de serem subvalorizados; resulta o tempo encurtado. Deste modo, o exame de queixas e sintomas com profundidade pode demandar tempo que pode ser mais dilatado, o que nem sempre pode ser possível dependendo das logísticas organizacionais. Certa feita, os responsáveis por um sistema empresarial avaliaram a atenção médica para os executivos da companhia. Diziam que os executivos eram pagos a preço de ouro, de tal modo que não poderiam “perder tempo” na avaliação clínica. Necessitariam de algo industrial e muito rápido.

Relação de consumo – Cogite-se a possibilidade de pacientes estimularem que sejam feitos exames uma vez que têm “direito a fazer todos os testes” e fazer valer os valores empenhados nos pagamentos dos seus seguros.⁶ Como os meios de divulgação hoje são mais amplos, inclusive a partir da internet e de outros meios de comunicação de massa, demandas podem surgir a partir do acesso a essas informações. Some-se a

isso a possibilidade do conceito de que a melhor prática seja fazer “todos” os exames. Pode ser mesmo mais difícil para os profissionais não referendarem uma demanda ou um teste principalmente quando de natureza pouco invasiva.

Raciocínio clínico por “placas” – Admite-se que a medicina científica tenha a sua gênese na escola hipocrática e o modo de pensar contemporâneo seria uma evolução desta competência no tempo até os dias atuais.

Os equipamentos eletrônicos corriqueiros da vida cotidiana atual têm na sua estrutura circuitos acondicionados de tal modo que são chamados coloquialmente “placas”. Assim, quando chamamos o técnico ou o mecânico para avaliar algum problema com o equipamento, ele avalia, identifica o defeito, e em seguida “troca a placa”. Fico com a pergunta: na Medicina estaríamos pensando por “placas”? A partir de sintomas, as placas seriam os algoritmos acondicionados em *checklists*, diretrizes ou *guidelines*, protocolos etc. que encadeariam rapidamente ações a partir de sintomas gerais ou sinais o encaminhamento diagnóstico – em geral com exames complementares — e terapêutico. Isso poderia ser considerado mais rápido e eficiente, mas com possibilidade de pouca interação humana.

Finalizando, temos um potencial paradoxo moderno: para o sistema atenuar algumas dificuldades, sejam elas queixas de pacientes, sejam elas despesas com exames que possam ser mitigadas, ressurgiu a ideia de que os médicos devam dedicar mais tempo a ouvir o paciente (anamnese) e examiná-lo (exame clínico). Para muitos profissionais, defender esse ponto de vista é chamado de poesia, filosofia, senescência etc., pois é menos industrial e não excita o ribombar tecnológico e econômico tão a gosto da nossa cultura contemporânea. Ou de que devemos ouvir a advertência “Soubesse que poesia é remédio contra sufocação”.⁷

Finalizamos, sem esquecer que o conhecimento e a experiência de outros colegas podem aprofundar e expandir as reflexões acima apresentadas.

REFERÊNCIAS

1. Cambricoli F. Médico pede mais exames no Brasil do que em país rico. O Estado de São Paulo, 17 de junho de 2017. Disponível em: <http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,medico-pede-mais-exames-no-brasil-do-que-em-pais-rico,70001845031>. Acessado em 2017 (23 ago).
2. Tomazela JM, Cambricoli F, Palhares I. ‘Foi dizendo que não era nada, mas fez vários pedidos’. O Estado de São Paulo, 17 de junho de 2017. Disponível em: <http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,foi-dizendo-que-nao-era-nada-mas-fez-varios-pedidos,70001845034>. Acessado em 2017 (23 ago).
3. Formenti L, Araujo C. Governo vai exigir produtividade de médicos do serviço público. O Estado de São Paulo, 13 de julho de 2017. Disponível em: <http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,governo-vai-exigir-produtividade-de-medicos-do-servico-publico,70001888898>. Acessado em 2017 (23 ago).
4. Verísimo LF. Amor. São Paulo, O Estado de São Paulo, 20 de julho de 2017. Disponível em: <http://cultura.estadao.com.br/noticias/geral,amor,70001942864>. Acessado em 2017 (23 ago).
5. Summerton N. The medical history as a diagnostic technology. Br J Gen Pract. 2008;58(549):273-6.
6. Welch HG. Less Medicine more health. Boston: Beacon Press; 2015.
7. Rosa JG. Discurso de posse na Academia Brasileira de Letras. Disponível em: <http://www.academia.org.br/academicos/joao-guimaraes-rosa/discurso-de-posse> (16/11/1967). Acessado em 2017 (23 ago).

Ensino médico e ideologia: uma mistura indigesta

Olavo Pires de Camargo^I, Luiz Eugênio Garcez Leme^{II}

Departamento de Ortopedia e Traumatologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP)

Ensinar uma arte é um processo complexo. Além de uma série de habilidades que devem ser transmitidas e incorporadas, deve-se conseguir um contato, até certo ponto mágico, entre o que está ensinando e o que está aprendendo (que geralmente tem fluxo nos dois sentidos) para a troca de informações que criem um ambiente de crescimento mútuo, tendo como base a busca da verdade, amadurecendo de **informação para formação**.

Quem já teve oportunidade de visitar a casa de Rembrandt em Amsterdã e pôde observar os cavaletes para os alunos alinhados nas salas superiores com uma luminosidade esplêndida certamente poderá intuir de que falamos. Trata-se de algo muito diferente do jogar informações (que podem ser facilmente obtidas nas redes sociais) ou apresentar, com jactância, conceitos pessoais de uma maneira arrogante. Alunos são espertos e percebem rapidamente do que se trata.

O oxigênio que permite a respiração neste ambiente é a busca honesta da verdade, sem pressões ou opressões, que é o que caracteriza a essência da Universidade desde suas raízes medievais nas “*quaestiones disputatae*”, em que cada um podia arguir sobre qualquer tema, devendo, a seguir, ouvir e avaliar as respostas. Este maravilhoso ambiente aerado da alma universitária é, atualmente, frequentemente poluído pelo ar putrefato da ideologia.

O termo “ideologia” tem diversas possibilidades de significado, no entanto, em todas elas, vê-se um conjunto de ideias, pensamentos, doutrinas ou visões de mundo de um grupo, que, a partir delas, passa a conceituar o mundo e a realidade unicamente através desse prisma, fechando o foco da realidade, muitas vezes negando à comunidade o direito de ter ideias ou visões distintas das suas, condição na qual o termo **ideologia** pode ser facilmente substituído por **fanatismo**. Não é difícil perceber que esta posição é absolutamente incompatível não apenas com o ensino da medicina, mas com o ensino de qualquer coisa.

No ambiente verdadeiramente universitário, a diferença de ideias e conceitos é não apenas possível, mas desejável e enriquecedora. Exige de seus participantes as virtudes da coragem de se apresentar como são, sem escudos de autoridade, títulos, proteções sociais etc. Vale apenas a verdade.

Por um lado, os professores precisam tomar cuidado para não fazer uso, consciente ou inconsciente desses escudos de autoridade ou títulos, no entanto não é, atualmente, o maior problema.

Vivemos em uma sociedade onde o **vitimismo** é quase a regra geral. As pessoas, oriundas e participantes de uma sociedade predominantemente consumista e hedonista, não estão preparadas para assumir ou analisar suas próprias

^IProfessor titular do Departamento de Ortopedia e Traumatologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

^{II}Professor associado do Departamento de Ortopedia e Traumatologia e Departamento de Clínica Médica (Geriatría) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

Editor responsável por esta seção:

Olavo Pires de Camargo. Professor titular do Departamento de Ortopedia e Traumatologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP).

Endereço para correspondência:

Olavo Pires de Camargo
Rua Barata Ribeiro, 490 — 3ª andar — conj. 33
Bela Vista — São Paulo (SP)
CEP 01308-000
Tel. (11) 3123-5620
E-mail: olapcama@uol.com.br

Fonte de fomento: nenhuma declarada — Conflitos de interesse: nenhum declarado

Entrada: 15 de agosto de 2017 — Última modificação: 15 de agosto de 2017 — Aceite: 21 de agosto de 2017

falhas, que são, sempre, culpa de outrem, impedindo assim o aprendizado. Circulamos entre grupos de pessoas que se sentem titulares de direitos oriundos de agravos, reais ou não, contra seu grupo social, étnico, comportamental etc. raramente cometidos contra os próprios participantes mas contra qualquer um que possa ser incorporado a eles, ascendentes, conhecidos, personagens de matéria jornalística etc. É uma forma moderna da fábula da cordeiro e do lobo immortalizada por Jean de La Fontaine, em que o lobo, ao não conseguir provar que o cordeiro tinha sujado sua água, completa: “se não foi você, então foi um de seus ancestrais” e ataca o cordeiro — que era o que queria de qualquer forma. Esta forma de comportamento e o seu agrupamento nos chamados “coletivos” é, possivelmente a

forma mais grave e impermeável de escudos para qualquer tipo de aprendizado.

Em nossas modernas universidades, campeia, muitas vezes, um ambiente de patrulha ideológica e cultural por parte de grupos “politicamente corretos” que se compõe do **vitimismo** de alunos imaturos e da covardia e do falso “bom-mocismo” de dirigentes e professores que preferem ser populares a ser verdadeiramente formadores. Não é difícil concluir que, neste ambiente, muitos bons professores sintam-se desanimados e desmotivados a procurar ensinar aos que não se dispõem a aprender. A Universidade, que no decorrer dos séculos conseguiu resistir a tantas ameaças externas, possivelmente terá dificuldades de resistir a esta ameaça final, morrendo, como diz João Bosco em “*Latin lover*”: sem revólver, sem ciúmes, sem remédio: de tédio.

Eletrocardiograma no prognóstico da doença de Chagas

Antonio Américo Friedmann¹

Serviço de Eletrocardiologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Um paciente de 45 anos de idade foi atendido no pronto-socorro após episódio de síncope. Ao exame físico, apresentava sinais de insuficiência cardíaca congestiva.

O eletrocardiograma (ECG) mostrou extrassístoles ventriculares frequentes, bloqueio do ramo direito e ondas Q sugestivas de área inativa extensa (Figura 1).

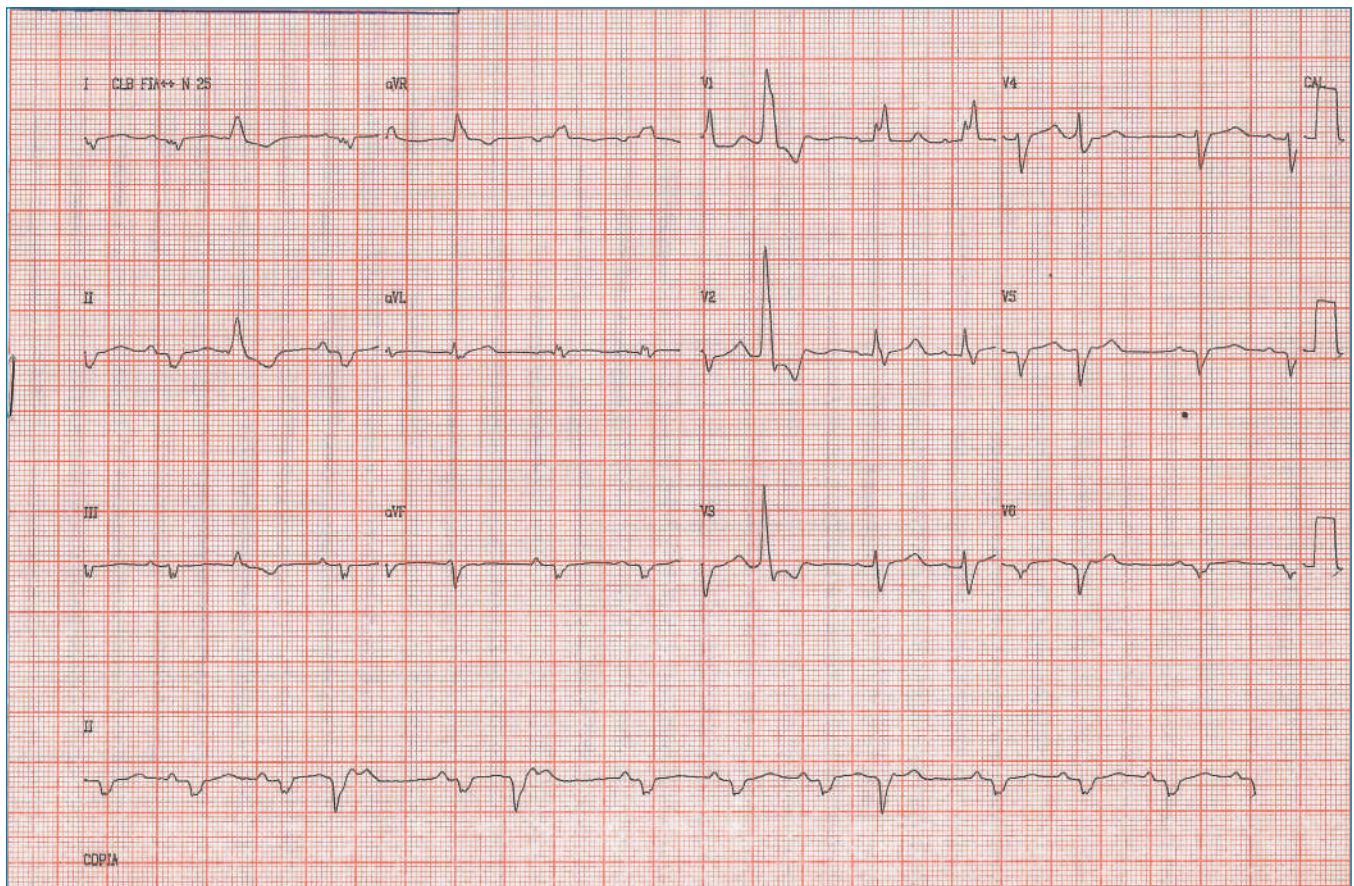


Figura 1. Ritmo sinusal. Frequência cardíaca de 85 bpm. Extrassístoles ventriculares frequentes. QRS alargado (duração = 140 ms) com morfologia de bloqueio de ramo direito em V1. Ondas Q em D1, D2, D3, aVF, V5 e V6.

¹Professor livre-docente pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Editor responsável por esta seção:

Antonio Américo Friedmann. Professor livre-docente pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Endereço para correspondência:
Rua Itapeva, 574 — 5º andar — São Paulo (SP) — CEP 05403-000
E-mail: aafriedmann@gmail.com

Fonte de fomento: nenhuma declarada — Conflito de interesse: nenhum declarado
Entrada: 7 de agosto de 2017 — Última modificação: 7 de agosto de 2017 — Aceite: 18 de agosto de 2017

O ecocardiograma revelou dilatação das 4 câmaras, hipoccontratibilidade do ventrículo esquerdo (fração de ejeção = 30%) e dilatação aneurismática da região apical. A reação sorológica para doença de Chagas (enzyme-linked immunosorbent assay, ELISA) foi positiva.

DISCUSSÃO

É apresentado um caso típico de cardiopatia da doença de Chagas, com história de síncope por provável arritmia e sinais de insuficiência cardíaca. O ECG apresenta múltiplas alterações, sugerindo comprometimento importante do miocárdio e o ecocardiograma é compatível com miocardiopatia dilatada.

A doença de Chagas é classificada evolutivamente em duas fases: a aguda e a crônica. Na fase aguda, o comprometimento cardíaco se assemelha ao de outros casos de miocardite. O ECG revela alterações inespecíficas: taquicardia sinusal, baixa voltagem dos complexos QRS, prolongamento do intervalo PR e/ou QT e alteração da repolarização ventricular. Arritmias ventriculares, fibrilação atrial e bloqueio do ramo direito indicam pior prognóstico.¹ A fase crônica pode se manifestar sob diferentes estágios: forma indeterminada (em que não há alterações eletrocardiográficas expressivas), forma cardíaca sem disfunção ventricular e forma cardíaca com disfunção ventricular.

Na forma de cardiopatia sem disfunção ventricular, ocorrem as alterações típicas. As primeiras manifestações são distúrbios de condução evidenciados pelo ECG: bloqueio do ramo direito (BRD) e/ou bloqueio divisional anterossuperior (BDAS) e eventualmente o bloqueio atrioventricular (BAV) de primeiro grau. Tais alterações são as mais comuns e aparecem antes dos sintomas clínicos da doença. Arritmias como ectopias ventriculares são frequentes. Ainda que a arritmia ventricular maligna seja mais comum em pacientes com disfunção ventricular concomitante, ela também pode ocorrer em ventrículos com função preservada e constitui importante marcador prognóstico.²

A forma cardíaca com disfunção ventricular se caracteriza por manifestações clínicas de insuficiência cardíaca congestiva, sintomas de baixo débito, como tonturas e síncope, e fenômenos tromboembólicos sistêmicos e pulmonares. O ECG, além dos distúrbios de condução característicos (BRD e/ou BDAS), pode exibir arritmias cardíacas e ondas Q devido à fibrose do miocárdio. O bloqueio do ramo esquerdo (BRE) é raro e apresenta pior prognóstico. A fibrilação atrial na cardiopatia chagásica é mais comum nos pacientes com

cardiomegalia e disfunção ventricular, o que aumenta consideravelmente o risco de acidente tromboembólico. As arritmias ventriculares como extrassístoles ventriculares polimórficas e a taquicardia ventricular (TV) são preditoras de síncope e de morte súbita cardíaca por fibrilação ventricular. O BAV de grau avançado e o BAV total indicam pior prognóstico, porque evoluem para quadros sincopais, necessidade de marca-passo artificial definitivo e também predisõem a morte súbita por assistolia. Eventualmente a disfunção do nó sinusal pode ser a causa da bradiarritmia. Ondas Q decorrentes de fibrose miocárdica, assim como transtornos difusos da condução e baixa voltagem são sinais sugestivos da agressão difusa do miocárdio e indicam comprometimento acentuado da função ventricular.³

Estudo populacional recente sobre doença de Chagas⁴ enumerou as seguintes alterações eletrocardiográficas mais frequentes: alterações inespecíficas da repolarização ventricular, BRD, BDAS, extrassístoles ventriculares e FA. Outro estudo⁵ mostrou que as seguintes anormalidades do ECG, em ordem decrescente, tinham pior prognóstico: TV, FA ou flutter atrial, ondas Q, BRE, baixa voltagem do QRS, BAV e BRD. A associação de duas ou mais anormalidades no mesmo eletrocardiograma constitui uma das características da forma cardíaca avançada da doença de Chagas. A mais frequente é a presença de distúrbios de condução associados a arritmias ventriculares. A coexistência de ondas Q patológicas caracteriza o comprometimento difuso e acentuado da função ventricular e pode também estar relacionada à presença de aneurisma apical do ventrículo esquerdo. Assim, quanto maior o número de alterações no ECG, mais grave é o prognóstico.⁶

No ECG apresentado, encontramos extrassístoles ventriculares muito frequentes, bloqueio do ramo direito e ondas Q difusas. O conjunto dessas alterações indica forma cardíaca avançada (com disfunção ventricular) da miocardiopatia da doença de Chagas e, conseqüentemente, o prognóstico é grave. O quadro clínico e o ecocardiograma confirmam esta suposição.

CONCLUSÃO

O eletrocardiograma é um dos exames complementares mais importantes para a classificação evolutiva e para o prognóstico da cardiopatia da doença de Chagas. Considerando a prevalência da doença no Brasil e em outros países e sua elevada morbimortalidade, é relevante o conhecimento das alterações do ECG nesta cardiopatia.

REFERÊNCIAS

1. Castro I, Vilas-Boas F, Oliveira GMM, et al. I Diretriz Latino Americana para o Diagnóstico e Tratamento da Cardiopatia Chagásica. *Arq Bras Cardiol.* 2011;97(2 suppl 3):1-48.
2. Rassi Júnior A, Rassi AG, Rassi SG, Rassi Júnior L, Rassi A. Arritmias ventriculares na doença de Chagas. Particularidades diagnósticas, prognósticas e terapêuticas [Ventricular arrhythmia in Chagas disease. Diagnostic, prognostic, and therapeutic features]. *Arq Bras Cardiol.* 1995;65(4):377-87.
3. Friedmann AA. ECG no Hospital Geral. In: Friedmann AA, editor. *Eletrocardiograma em 7 aulas. Temas avançados e outros métodos.* 2ª edição. São Paulo: Editora Manole; 2016. p. 93-116.
4. Marcolino MS, Palhares DM, Ferreira LR, Ribeiro AL. Electrocardiogram and Chagas disease: a large population database of primary care patients. *Glob Heart.* 2015;10(3):167-72.
5. Rassi A Jr, Rassi A, Little WC, et al. Development and validation of a risk score for predicting death in Chagas' heart disease. *N Engl J Med.* 2006;355(8):799-808.
6. Porto CC. [The electrocardiogram in the prognosis and evolution of Chagas' disease]. *Arq Bras Cardiol.* 1964;17:313-46.

Guidelines para publicação de estudos científicos. Parte 3: Como publicar ensaios clínicos

Rafael Leite Pacheco^I, Cinthia Moreno Garcia^I, Nicole Dittrich Hosni^{II}, Carolina de Oliveira Cruz Latorraca^{III}, Ana Luiza Cabrera Martimbianco^{III}, Patrícia Logullo^{IV}, Rachel Riera^V

Disciplina de Medicina Baseada em Evidências da Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo (EPM-Unifesp)

RESUMO

Introdução: Apesar da importância do relato adequado de estudos científicos, muitos ensaios clínicos continuam sendo publicados inadequadamente, com a exposição incompleta ou ambígua de seus métodos e resultados, dificultando conclusões sólidas sobre a efetividade da intervenção estudada e sobre a reprodutibilidade dos procedimentos. Várias *guidelines* foram elaboradas com o objetivo de melhorar o relato e aumentar a transparência dos estudos científicos na área da saúde. **Objetivos:** Apresentar a ferramenta CONSORT (CONsolidated Standards of Reporting Trials), suas extensões e ferramentas derivadas, que objetivam orientar a redação de artigos baseados em ensaios clínicos. **Métodos:** Estudo descritivo e de análise crítica realizado na Disciplina de Medicina Baseada em Evidências da Escola Paulista de Medicina (EPM), Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), com busca da literatura. **Resultados:** A busca inicial resultou em 18 ferramentas. Foram incluídas a ferramenta CONSORT original e 17 extensões e ferramentas derivadas, elaboradas para desenhos ou situações clínicas mais específicos. **Conclusão:** O relato de estudos científicos deve ser realizado de forma clara, transparente e completa, ou seja, apresentar todas as informações que são necessárias para a interpretação e a reprodutibilidade do estudo, sem ocultação de detalhes importantes. A ferramenta CONSORT e suas extensões derivadas são essenciais para a adequação do relato de ensaios clínicos e seu uso deve ser incentivado.

PALAVRAS-CHAVE: Ensaio clínico, componentes de publicações, formatos de publicação, viés de publicação, manuais e guias para a gestão da pesquisa, medicina baseada em evidências

INTRODUÇÃO

Garantir a qualidade do relato de estudos na área da saúde é parte essencial da produção e disseminação do conhecimento científico. O relato inadequado de pesquisas prejudica

o entendimento dos resultados e é responsável por enorme desperdício de recursos no mundo inteiro.¹⁻³ Levantamento feito em 2009 mostrou que pelo menos 50% dos artigos publicados contêm relatos incompletos, vagos ou insuficientes, o que os torna inúteis.² Os erros no relato de um artigo científico podem se apresentar principalmente de duas maneiras: a

^IAlunos de graduação em Medicina da Escola Paulista de Medicina (EPM), Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

^{II}Mestre, psicóloga e aluna do Programa de Pós-graduação em Saúde Baseada em Evidências da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Assistente de Pesquisa do Cochrane Brazil

^{III}Mestre, doutora, fisioterapeuta e assistente de pesquisa do Cochrane Brazil.

^{IV}Mestre, jornalista e doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Baseada em Evidências da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

^VMédica, mestre, doutora, reumatologista e professora adjunta da Disciplina de Medicina Baseada em Evidências da Escola Paulista de Medicina (EPM), Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) e coordenadora assistente do Cochrane Brazil.

Editor responsável por esta seção:

Álvaro Nagib Atallah. Professor titular e chefe da Disciplina de Medicina de Urgência e Saúde Baseada em Evidências da Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Diretor do Cochrane Brazil e da Associação Paulista de Medicina.

Endereço para correspondência:

Nicole Dittrich Hosni

Universidade Federal de São Paulo — Escola Paulista de Medicina (Unifesp-EPM)

Rua Botucatu, 740 — 3ª andar — Vila Clementino — São Paulo (SP) — CEP 04023-900

Tel. (11) 5576-4203 — E-mail: nicolehdhosni@gmail.com

Fonte de fomento: nenhuma declarada — Conflito de interesses: nenhum declarado

Entrada: 1ª de agosto de 2017 — Última modificação: 1ª de agosto de 2017 — Aceite: 4 de agosto de 2017

MÉTODOS

descrição inadequada dos métodos utilizados e a apresentação ambígua ou incompleta dos resultados.⁴ A apresentação clara da metodologia e dos resultados encontrados é essencial para que qualquer conclusão possa ser tirada.⁴ Corrigir esses erros de relato, adicionando informações ao texto, pode não custar absolutamente nada.⁵

Considerando a importância do assunto, uma série de recomendações e *guidelines* para orientar a redação de artigos científicos tem sido proposta. O Comitê Internacional de Editores de Periódicos Médicos (International Committee of Medical Journal Editors, ICMJE) elenca várias medidas orientando a preparação de artigos científicos para a publicação e ressalta a importância de os periódicos exigirem que os autores sigam tais medidas.^{3,6} A rede EQUATOR (Enhancing the Quality and Transparency of Health Research) lista mais de 250 *guidelines* para avaliação e redação de publicações dos mais diversos desenhos de estudos. Tais *guidelines* geralmente se apresentam na forma de uma recomendação geral acompanhada de um *checklist* com itens que devem ser incluídos no relato de uma pesquisa. A lista é de fácil conferência e acompanhamento por qualquer pesquisador que esteja redigindo seu artigo.

Entre as diretrizes disponíveis, o CONSORT (CONsolidated Standards of Reporting Trials),⁷ se apresenta como uma ferramenta essencial para auxiliar na publicação de ensaios clínicos randomizados. É inquestionável a importância dos estudos clínicos randomizados para a avaliação do real efeito e segurança de tratamentos. Em uma busca rápida no MEDLINE por estudos clínicos randomizados, usando o termo MeSH “Randomized Controlled Trial”, 15,830 citações foram encontradas apenas no ano de 2015, sugerindo um grande número de publicações com este desenho de estudo.

Apesar de tais recomendações serem amplamente difundidas,⁸ inúmeras revisões de artigos em periódicos apontaram erros graves no relato dos estudos publicados, incluindo em ensaios clínicos.^{3-5,7,9} Considerando a importância do tema, a grande quantidade de *guidelines* publicadas e, ao mesmo tempo, a persistência de publicações de estudos com relato inadequado, a série “*Guidelines* para publicar artigos científicos” tem como objetivo discutir e disseminar o uso de ferramentas que orientem o relato de estudos científicos. Os dois primeiros artigos desta série se referiram às publicações de relatos e séries de casos¹⁰ e de estudos observacionais (como coorte, caso-controle e transversal analítico).¹¹ Neste artigo, apresentaremos as ferramentas voltadas para a publicação ensaios clínicos.

OBJETIVOS

- Descrever a ferramenta CONSORT.
- Descrever ferramentas e extensões derivadas do CONSORT, adaptadas para situações específicas.

Desenho e local do estudo

Estudo descritivo e de avaliação crítica realizado na Disciplina de Medicina Baseada em Evidências da Escola Paulista de Medicina (EPM), Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

Crítérios de inclusão

Nós incluímos publicações sobre diretrizes ou recomendações para a redação de relatos sobre estudos clínicos, entre elas, a ferramenta CONSORT, que tem o objetivo de orientar o relato de ensaios clínicos randomizados. Também incluímos as principais ferramentas derivadas do CONSORT, criadas para situações específicas.

Busca por estudos

As ferramentas (diretrizes de redação) foram obtidas por meio:

1. De uma busca eletrônica realizada em 16 de julho de 2017 na base de dados MEDLINE (via Pubmed), utilizando a estratégia de busca (“CONSORT” OR “TREND”), com filtro para “*guidelines*”.
2. Da consulta nos *websites*:
 - EQUATOR Network Resource Centre (<http://www.equator-network.org/>);
 - U.S. National Library of Medicine (https://www.nlm.nih.gov/services/research_report_guide.html);
 - International Committee of Medical Journal Editors (<http://icmje.org/>).

Não houve restrição quanto ao idioma e à data de publicação das ferramentas.

Seleção dos estudos

Três autores (RLP, CGM, NDH) selecionaram as ferramentas pela leitura dos resumos (*abstracts*) encontrados na busca eletrônica e na consulta dos *websites* citados. Os estudos que preencheram os critérios de inclusão foram considerados para a análise qualitativa. Qualquer discordância durante a seleção foi resolvida por consenso entre os autores.

RESULTADOS

Resultado da busca

A busca eletrônica no MEDLINE (via PubMed) resultou em 84 referências. Após a leitura dos títulos e resumos e pela consulta nos *websites* citados, 18 ferramentas preencheram os critérios de inclusão e foram consideradas para a síntese qualitativa. Apenas uma das ferramentas recuperadas pela busca¹² não estava disponível no *website* da EQUATOR Network na data da busca (e já foi acrescentada após comunicação com a EQUATOR Network).

Ferramentas incluídas

A ferramenta CONSORT foi lançada em 1993, e a sua versão atual, revisada e aprimorada, foi publicada em 2010.⁷ Seu principal objetivo é auxiliar o relato de ensaios clínicos controlados e randomizados com dois grupos de indivíduos paralelos. O CONSORT é composto por 25 itens, distribuídos nas seguintes seções: título e resumo, introdução, métodos, resultados, discussão e outras informações. Em seu *website* oficial (<http://www.consort-statement.org/>), são apresentadas traduções para 13 línguas, incluindo a portuguesa, apresentada na **Tabela 1**.¹³

Extensões e ferramentas derivadas do CONSORT foram desenvolvidas para outros desenhos de ensaios clínicos (do tipo conglomerado ou *cluster*,¹⁴ estudos de equivalência e

não inferioridade,¹⁵ estudos pragmáticos,¹⁶ estudos com paciente único, ou *n-of-1*,¹⁷ e estudos pilotos¹⁸) e para situações clínicas específicas (acupuntura,¹⁹ intervenções não farmacológicas,²⁰ entre outros). Outra ferramenta derivada interessante é o CONSORT para resumos, voltada para auxiliar o relato de resumos de ensaios clínicos em periódicos e em congressos.²¹

A ferramenta TREND²² (Transparent Reporting of Non-randomized Designs), publicada em 2004, também foi baseada no CONSORT com o objetivo de guiar o relato de estudos experimentais não randomizados. Seu *website* (<https://www.cdc.gov/trendstatement/>) disponibiliza o *checklist* de 22 itens e publicações com a origem e orientações de como utilizar esta ferramenta. Nenhuma tradução oficial da TREND para outras línguas foi

Tabela 1. Lista de informações CONSORT 2010 para incluir no relatório de um estudo randomizado (*checklist* em português)¹³

Item	Nº	Orientação	Relatado na página número*
Título e Resumo			
	1a	Identificar no título como um estudo clínico randomizado	
	1b	Resumo estruturado de um desenho de estudo, métodos, resultados e conclusões	
Introdução			
Fundamentação e objetivos	2a	Fundamentação científica e explicação do raciocínio	
	2b	Objetivos específicos ou hipóteses	
Métodos			
Desenho do estudo	3a	Descrição do estudo clínico (como paralelo, factorial) incluindo a taxa de alocação	
	3b	Alterações importantes nos métodos após ter iniciado o estudo clínico (como critérios de elegibilidade), com as razões	
Participantes	4a	Critérios de elegibilidade para participantes	
	4b	Informações e locais de onde foram coletados os dados	
Intervenções	6	As intervenções de cada grupo com detalhes suficientes que permitam a replicação, incluindo como e quando eles foram realmente administrados	
Desfechos	6a	Medidas completamente pré-especificadas definidas de desfechos primários e secundários, incluindo como e quando elas foram avaliadas	
	6b	Quaisquer alterações nos desfechos após o estudo clínico ter sido iniciado, com as razões	
Tamanho da amostra	7a	Como foi determinado o tamanho da amostra	
	7b	Quando aplicável, deve haver uma explicação de qualquer análise de interim e diretrizes de encerramento	
Randomização			
Geração de sequência	8a	Método utilizado para geração de sequência randomizada de alocação	
	8b	Tipos de randomização, detalhes de qualquer restrição (tais como randomização por blocos e tamanho do bloco)	
Mecanismo de alocação	9	Mecanismo utilizado para implementar a sequência de alocação randomizada (como recipientes numerados sequencialmente), descrevendo os passos seguidos para a ocultação da sequência até as intervenções serem atribuídas	

Continua...

Tabela 1. Continuação

Item	Nº	Orientação	Relatado na página número*
<i>Implementação</i>	10	Quem gerou a sequência de alocação randomizada, quem inscreveu os participantes e quem atribuiu as intervenções aos participantes	
<i>Cegamento</i>	11a	Se realizado, quem foi cegado após as intervenções serem atribuídas (exemplo: participantes, cuidadores, assessores de resultado) e como	
	11b	Se realizado, quem foi cegado após as intervenções serem atribuídas (exemplo: participantes, cuidadores, assessores de resultado) e como	
<i>Métodos estatísticos</i>	12a	Métodos estatísticos utilizados para comparar os grupos para desfechos primários e secundários	
	12b	Métodos para análises adicionais, como análises de subgrupo e análises ajustadas	
Resultados			
<i>Fluxo de participantes (é fortemente recomendado a utilização de um diagrama)</i>	13a	Para cada grupo, o número de participantes que foram randomicamente atribuídos, que receberam o tratamento pretendido e que foram analisados para o desfecho primário	
	13b	Para cada grupo, perdas e exclusões após a randomização, junto com as razões	
<i>Recrutamento</i>	14a	Definição das datas de recrutamento e períodos de acompanhamento	
	14b	Dizer os motivos de o estudo ter sido finalizado ou interrompido	
<i>Dados de base</i>	15	Tabela apresentando os dados de base demográficos e características clínicas de cada grupo	
<i>Números analisados</i>	16	Para cada grupo, número de participantes (denominador) incluídos em cada análise e se a análise foi realizada pela atribuição original dos grupos	
<i>Desfechos e estimativa</i>	17a	Para cada desfecho primário e secundário, resultados de cada grupo e o tamanho efetivo estimado e sua precisão (como intervalo de confiança de 95%)	
	17b	Para desfechos binários, é recomendada a apresentação de ambos os tamanhos de efeito, absolutos e relativos	
<i>Análises auxiliares</i>	18	Resultados de quaisquer análises realizadas, incluindo análises de subgrupos e análises ajustadas, distinguindo-se as pré-especificadas das exploratórias	
<i>Danos</i>	19	Todos os danos ou efeitos indesejados em cada grupo	
Discussão			
<i>Limitações</i>	20	Limitações do estudo clínico, abordando as fontes dos potenciais vieses, imprecisão, e, se relevante, relevância das análises	
<i>Generalização</i>	21	Generalização (validade externa, aplicabilidade) dos achados do estudo clínico	
<i>Interpretação</i>	22	Interpretação consistente dos resultados, balanço dos benefícios e danos, considerando outras evidências relevantes	
Outras informações			
<i>Registro</i>	23	Número de inscrição e nome do estudo clínico registrado	
<i>Protocolo</i>	24	Onde o protocolo completo do estudo clínico pode ser acessado, se disponível	
<i>Fomento</i>	25	Fontes de financiamento e outros apoios (como abastecimento de drogas), papel dos financiadores	

*Muitas revistas já exigem que os artigos sejam enviados com a indicação do cumprimento de cada um dos itens, com indicação da página do artigo onde a informação foi inserida.

encontrada. As ferramentas incluídas foram sumarizadas e suas principais características estão presentes na **Tabela 2**.^{7,12,14-30}

DISCUSSÃO

Este estudo apresentou a importância da diretriz CONSORT⁷ e de outras derivadas desta, criadas para situações

mais específicas. A principal função dessas *guidelines* é ajudar os pesquisadores a escrever sua pesquisa, aumentando a transparência do relato e a reprodutibilidade científica e facilitando a interpretação dos resultados. Entretanto, a adequação do relato de ensaios clínicos tem outras vantagens, como por exemplo auxiliar o processo de revisão por pares realizada pelas revistas (*peer review*) e facilitar a coleta de

Tabela 2. Características das ferramentas para orientar o relato de ensaios clínicos

Ferramenta	Acrônimo	Tipo de estudo	Ano de publicação	Itens
CONsolidated Standards Of Reporting Trials ⁷	CONSORT	Ensaio clínico randomizado com grupos paralelos.	2010	25
Transparent Reporting of Nonrandomized Designs ²²	TREND	Ensaio clínico não randomizado.	2004	22
Reporting Randomized Trials in Journal and Conference Abstracts ²¹	CONSORT Abstracts	Resumos de ensaios clínicos randomizados (para periódicos e congressos).	2008	8
Reporting Pragmatic Trials ¹⁶	CONSORT Pragmatic Trials	Ensaio clínico de efetividade (pragmático)	2008	22
Reporting of Noninferiority and Equivalence Randomized Trials ¹⁵	CONSORT Non-inferiority	Ensaio clínico de não inferioridade e equivalência.	2012	17
Reporting a Cluster Randomized Trial ¹⁴	CONSORT Cluster	Ensaio clínico randomizado por conglomerado (cluster).	2012	25
CONSORT extension for reporting N-of-1 trials ¹⁷	CONSORT-CENT	Ensaio clínico do tipo "n-of-1" (paciente único)	2015	25
Stepped wedge cluster randomized trial ²³	-	Ensaio clínico randomizado por conglomerado (cluster) do tipo "stepped wedge"	2014	25
CONSORT for pilot and feasibility trials ¹⁸	-	Ensaio clínico piloto e de viabilidade	2016	26
Reporting of Patient-Reported Outcomes in Randomized Trials ²⁴	CONSORT PRO	Ensaio clínico com desfechos reportados por pacientes.	2013	25
Reporting guidelines for health care simulation research ²⁵	INSPIRE	Ensaio clínico envolvendo situações de simulação	2016	25
Reporting Harms in Randomized Controlled Trials ²⁶	CONSORT Harms	Ensaio clínico com relato de eventos adversos e segurança	2004	22
CONSORT for Randomized, Controlled Trials of Herbal Medicine Interventions ²⁷	CONSORT Herbal	Ensaio clínico randomizado com intervenções fitoterápicas (tratamentos com ervas).	2006	22
CONSORT Extension for Chinese Herbal Medicine Formulas ²⁸	CONSORT-CHM	Ensaio clínico com fórmulas fitoterápicas chinesas.	2017	25
Reporting Trials of Nonpharmacologic Treatments ²⁰	CONSORT Non-pharmacological treatment interventions	Ensaio clínico de tratamentos não farmacológicos.	2008	22
STandards for Reporting Interventions in Clinical Trials of Acupuncture ¹⁹	STRICTA	Ensaio clínico de intervenções de acupuntura	2010	25
The CONSORT Statement: Application within and adaptations for orthodontic trial ²⁹	-	Ensaio clínico de intervenções ortodônticas.	2015	25
Improving the Reporting of Clinical Trials of Infertility Treatments ¹²	IMPRINT	Ensaio clínico de tratamentos para infertilidade.	2014	25
Template for intervention description and replication ³⁰	TIDieR	Guideline sobre como descrever as intervenções de um ensaio clínico	2014	12

informações importantes por autores de revisões sistemáticas e outros estudos secundários.³¹

A importância do envolvimento das revistas científicas é essencial para se melhorar a qualidade do relato dos estudos publicados. É recomendável que os editores incentivem o uso de ferramentas que melhorem a qualidade do relato entre os autores.^{31,32} Além disso, o próprio *peer reviewer* deve utilizar tais ferramentas para garantir que estudos mal relatados não sejam publicados.³¹

Um ponto importante a ser ressaltado é que as ferramentas apresentadas neste estudo não foram desenvolvidas para auxiliar na condução de ensaios clínicos. Apesar de o relato adequado ser considerado parte de uma boa conduta, um bom relato não garante necessariamente uma boa qualidade metodológica. Na verdade, um estudo pode ser bem relatado e mal conduzido ou ser mal relatado e bem conduzido.³³ Desta forma, a interpretação do *checklist* das *guidelines* apresentados neste estudo deve ser realizada com cautela para que não haja confusão durante a avaliação crítica de ensaios clínicos.

Outras ferramentas derivadas do CONSORT estão sendo desenvolvidas. Em uma página no site da Equator Network (<http://www.equator-network.org/library/reporting-guidelines-under-development/>) são apresentadas futuras extensões voltadas a situações específicas como intervenções sociais e psicológicas, ensaios clínicos do tipo *crossover*,

ensaios clínicos paralelos com vários braços, entre outras. A única ferramenta que não estava presente no *website* da rede Equator na ocasião da busca realizada no presente estudo (a IMPRINT)¹² foi posteriormente adicionada e já se encontra disponível.³⁴

Pesquisas futuras ainda são necessárias para:

1. Desenvolver *guidelines* para outras situações específicas e outros desenhos de estudo;
2. Traduzir e validar ferramentas para outras línguas;
3. Atualizar e aprimorar as ferramentas já existentes;
4. Avaliar a adesão dos periódicos científicos quanto à exigência da utilização do CONSORT e ferramentas derivadas e o impacto dessa adesão na qualidade dos relatos publicados;
5. Avaliar a real adequação às diretrizes dos estudos em jornais que já exigem o uso delas para verificar se a avaliação por pares está sendo capaz de identificar e recusar estudos não aderentes.

CONCLUSÃO

O relato de estudos científicos deve ser realizado de forma clara, transparente e completa, ou seja, apresentar todas as informações que são necessárias para a interpretação e a reprodutibilidade do estudo, sem ocultação de detalhes importantes. A ferramenta CONSORT e suas extensões derivadas são essenciais para a adequação do relato de ensaios clínicos e seu uso deve ser incentivado.

REFERÊNCIAS

1. Moher D, Altman DG, Schulz KF, Simera I. How to develop a reporting guideline. In: Moher D, Altman DG, Schulz KF, Simera I, Wager E, editors. Guidelines for reporting health research: a user's manual. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd; 2014. p. 14-5.
2. Chalmers I, Glasziou P. Avoidable waste in the production and reporting of research evidence. *Lancet*. 2009;374(9683):86-9.
3. Moher D, Glasziou P, Chalmers I, et al. Increasing value and reducing waste in biomedical research: who's listening? *Lancet*. 2016;387(10027):1573-86.
4. Moher D, Altman DG. Importance of transparent reporting of health research. In: Moher D, Altman DG, Simera I, Schulz KF, Wager E, editors. Guidelines for reporting health research: a user's manual. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd; 2014. p. 4-6.
5. Ndounga Diakou LA, Ntoumi F, Ravaud P, Boutron I. Avoidable waste related to inadequate methods and incomplete reporting of interventions: a systematic review of randomized trials performed in Sub-Saharan Africa. *Trials*. 2017;18(1):291.
6. International Committee of Medical Journal Editors. Recommendations. Preparing for Submission. Disponível em: <http://www.icmje.org/recommendations/browse/manuscript-preparation/preparing-for-submission.html>. Acessado em 2017 (3 ago).
7. Schulz KF, Altman DG, Moher D; CONSORT Group. CONSORT 2010 statement: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *BMJ*. 2010;340:c332.
8. De Angelis C, Drazen JM, Frizelle FA, et al. Clinical trial registration: a statement from the International Committee of Medical Journal Editors. *Lancet*. 2004;364(9438):911-2.
9. Dechartres A, Charles P, Hopewell S, Ravaud P, Altman DG. Reviews assessing the quality or the reporting of randomized controlled trials are increasing over time but raised questions about how quality is assessed. *J Clin Epidemiol*. 2011;64(2):136-44.
10. Pacheco RL, Latorraca COC, Pachito DV, Riera R. Guidelines para publicação de estudos científicos. Parte 1: Como publicar relatos e séries de casos [Guidelines for publication of scientific studies. Part 1: How to publish case reports and series]. *Diagn Tratamento*. 2017;22(2):78-82.
11. Pacheco RL, Martimbianco ALC, Garcia CM, Logullo P, Riera R. Guidelines para publicação de estudos científicos. Parte 2: Como publicar estudos observacionais (coorte, caso-controle e transversal). *Diagn Tratamento*. 2017;22(3):121-6.
12. Lass A. Improving the Reporting of Clinical Trials of Infertility Treatments (IMPRINT): modifying the CONSORT statement-what about registration studies? *Hum Reprod*. 2015;30(2):490.

13. CONSORT Translations. Lista de informações CONSORT 2010 para incluir no relatório de um estudo randomizado. Disponível em: http://www.consort-statement.org/Media/Default/Downloads/Translations/Portuguese_pt/Portuguese CONSORT Checklist.doc. Acessado em 2017 (3 ago).
14. Campbell MK, Piaggio G, Elbourne DR, Altman DG; CONSORT Group. Consort 2010 statement: extension to cluster randomised trials. *BMJ*. 2012;345:e5661.
15. Piaggio G, Elbourne DR, Pocock SJ, et al. Reporting of noninferiority and equivalence randomized trials: extension of the CONSORT 2010 statement. *JAMA*. 2012;308(24):2594-604.
16. Zwarenstein M, Treweek S, Gagnier JJ, et al. Improving the reporting of pragmatic trials: an extension of the CONSORT statement. *BMJ*. 2008;337:a2390
17. Vohra S, Shamseer L, Sampson M, et al. CONSORT extension for reporting N-of-1 trials (CENT) 2015 Statement. *BMJ*. 2015;350:h1738.
18. Eldridge SM, Chan CL, Campbell MJ, et al. CONSORT 2010 statement: extension to randomised pilot and feasibility trials. *Pilot Feasibility Stud*. 2016;2:64. eCollection 2016.
19. MacPherson H, Altman DG, Hammerschlag R, et al. Revised STandards for Reporting Interventions in Clinical Trials of Acupuncture (STRICTA): extending the CONSORT statement. *PLoS Med*. 2010;7(6):e1000261.
20. Boutron I, Moher D, Altman DG, et al. Extending the CONSORT statement to randomized trials of nonpharmacologic treatment: explanation and elaboration. *Ann Intern Med*. 2008;148(4):295-309.
21. Hopewell S, Clarke M, Moher D, et al. CONSORT for reporting randomized controlled trials in journal and conference abstracts: explanation and elaboration. *PLoS Med*. 2008;5(1):e20.
22. Des Jarlais DC, Lyles C, Crepaz N; TREND Group. Improving the reporting quality of nonrandomized evaluations of behavioral and public health interventions: the TREND statement. *Am J Public Health*. 2004;94(3):361-6.
23. Hemming K, Haines TP, Chilton PJ, Girling AJ, Lilford RJ. The stepped wedge cluster randomised trial: rationale, design, analysis, and reporting. *BMJ*. 2015;350:h391.
24. Calvert M, Blazeby J, Altman DG, et al. Reporting of patient-reported outcomes in randomized trials: the CONSORT PRO extension. *JAMA*. 2013;309(8):814-22.
25. Cheng A, Kessler D, Mackinnon R, et al. Reporting Guidelines for Health Care Simulation Research: Extensions to the CONSORT and STROBE Statements. *Simul Healthc*. 2016;11(4):238-48.
26. Ioannidis JP, Evans SJ, Gøtzsche PC, et al. Better reporting of harms in randomized trials: an extension of the CONSORT statement. *Ann Intern Med*. 2004;141(10):781-8.
27. Gagnier JJ, Boon H, Rochon P, et al. Reporting randomized, controlled trials of herbal interventions: an elaborated CONSORT statement. *Ann Intern Med*. 2006;144(5):364-7.
28. Cheng CW, Wu TX, Shang HC, et al. CONSORT Extension for Chinese Herbal Medicine Formulas 2017: Recommendations, Explanation, and Elaboration (Traditional Chinese Version). *Ann Intern Med*. 2017;167(2):W7-W20.
29. Pandis N, Fleming PS, Hopewell S, Altman DG. The CONSORT Statement: Application within and adaptations for orthodontic trials. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2015;147(6):663-79.
30. Hoffmann TC, Glasziou PP, Boutron I, et al. Better reporting of interventions: template for intervention description and replication (TIDieR) checklist and guide. *BMJ*. 2014;348:g1687.
31. Glasziou P, Altman DG, Bossuyt P, et al. Reducing waste from incomplete or unusable reports of biomedical research. *Lancet*. 2014;383(9913):267-76.
32. Altman DG. Poor-quality medical research: what can journals do? *JAMA*. 2002;287(21):2765-7.
33. Schulz KF, Moher D, Altman DG. Ambiguities and confusions between reporting and conduct. In: Moher D, Altman DG, Schulz KF, Simera I, Wager E, editors. *Guidelines for reporting health research: a user's manual*. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd; 2014. p. 41-7.
34. Equator Network. Enhancing the QUALity and Transparency Of health Research. Improving the reporting of clinical trials of infertility treatments (IMPRINT): modifying the CONSORT statement. Disponível em: www.equator-network.org/reporting-guidelines/improving-the-reporting-of-clinical-trials-of-infertility-treatments-imprint-modifying-the-consort-statement/. Acessado em 2017 (4 ago).

Considerações sobre o atendimento aos indivíduos transgêneros

Giancarlo Spizzirri^I, Cila Anker^{II}, Carmita Helena Najjar Abdo^{III}

Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

RESUMO

Genericamente, os indivíduos que apresentam incongruência na percepção do próprio gênero, em relação ao gênero que lhes foi atribuído ao nascimento, são denominados **transgêneros**. Aqueles que se identificam como transgêneros apresentam maiores índices de depressão, ansiedade, angústia, ideação suicida e tentativas de suicídio, em relação à população em geral. Apesar dessas diferenças, muitos transgêneros relatam preocupações e dificuldades em buscar serviços de saúde, por estes não contarem com preparo para atender essas demandas. Diversos estudos procuraram identificar como é realizada a abordagem das particularidades desse grupo de pessoas pelos profissionais da saúde. Essas pesquisas relatam atitudes que poderiam parecer ou serem consideradas discriminatórias e fóbicas por parte dos especialistas, e salientam que essas atitudes podem dever-se a falta de conhecimento, treinamento e educação durante os cursos de formação profissional. Vários desses estudos apontam a importância de disciplinas específicas constarem na graduação, assim como nos programas de educação continuada. Fornecer cuidados de saúde sensíveis a suas singularidades e otimizar as transições físicas que permitam a essas pessoas sentirem maior conforto com o gênero com o qual se identificam são aspectos que merecem atenção por parte dos profissionais da saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Transgênero, acesso aos serviços de saúde, pessoal de saúde, programas, educação

INTRODUÇÃO

À maioria dos bebês, ao nascer, é atribuído o **gênero de nascimento**, isto é, menino ou menina, que corresponde ao sexo biológico (genitália), o qual é acompanhado por expectativas sociais, comportamentais e expressões de gênero correspondentes a ele. Com o passar do tempo, no entanto, algumas crianças podem perceber que o

gênero que lhes foi atribuído quando nasceram não está em harmonia com o gênero percebido por elas próprias. Nem todas as crianças sentirão desconforto como resultado de sua não conformidade com o gênero de nascimento. Contudo, se o ambiente no qual elas se desenvolverem for hostil ou hesitante em aceitar essa condição, algumas se sentirão motivadas a ocultar e/ou reprimir o gênero com o qual se identificam.¹

^IPsiquiatra, doutor em ciências da saúde e assistente do Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-HC-FMUSP). Doutor em Ciências pelo IPq-HC-FMUSP.

^{II}Psicóloga, especialista em Sexualidade Humana pela Universidade de São Paulo. Colaboradora do Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-HC-FMUSP).

^{III}Psiquiatra, livre-docente e professora associada do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Fundadora e coordenadora do Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP.

Editor responsável por esta seção:

Carmita Helena Najjar Abdo. Psiquiatra, livre-docente e professora associada do Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Fundadora e coordenadora do Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP.

Endereço para correspondência:

Giancarlo Spizzirri

Rua Ovídio Pires de Campos, 785 – 4º andar – São Paulo (SP) – CEP 01060-970

Tel. (11) 2661-6982 — E-mail: giancki@uol.com.br

Fontes de fomento: nenhuma declarada — Conflito de interesse: não há

Entrada: 6 de agosto de 2017 — Última modificação: 6 de agosto de 2017 — Aceite: 18 de agosto de 2017

Genericamente, os indivíduos que apresentam incongruência na percepção do próprio gênero em relação ao que lhes é atribuído ao nascimento são denominados **transgêneros**. Por outro lado, há aqueles que declaram que o próprio gênero não é masculino ou feminino, todavia, apresentam desconforto com seu sexo de nascimento; assim como há quem acolha o gênero que lhe foi atribuído ao nascimento, mas não aceita as expectativas sociais e culturais associadas.^{1,2} Cada vez mais, portanto, o gênero com o qual uma pessoa se identifica tem sido considerado como um *continuum* e não um binário (masculino ou feminino).²

Os indivíduos que não apresentam conformidade com seu gênero e/ou sexo de nascimento, que referem angústia associada a essa condição, acompanhada de comprometimento de outros aspectos da vida, segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais 5ª edição (DSM-5),³ podem ser diagnosticados como tendo **disforia de gênero**. Esse sofrimento pode levá-los a buscar cuidados para entender essa não conformidade, ou mesmo se ela existe e quais são os recursos disponíveis para a transição física para o gênero com o qual se identificam.²

Crianças e adolescentes transgêneros estão expostos a maior risco, tanto no que diz respeito às situações com desfechos desfavoráveis à vida e à saúde, quanto ao menor desempenho escolar, abandono dos estudos, abuso, ansiedade, depressão, ideias e tentativas de suicídio, uso de substâncias psicoativas, entre elas o álcool. Possivelmente, muitos desses desenlaces estão relacionados ao estigma social vivenciado pelas crianças e pelos jovens transgêneros, aliado à falta de apoio familiar.^{2,4}

As manifestações psiquiátricas também podem ser desencadeadas pelas sensações de desconformidade corporal com o gênero com o qual esses indivíduos se identificam. Estudos recentes indicam que, quando esse grupo de pessoas tem acesso ao apoio social, seus sintomas são significativamente atenuados e, como consequência, apresentam melhor qualidade da saúde mental.^{1,5}

OBJETIVO

Por meio de revisão da literatura, este artigo objetiva pesquisar a abordagem dos profissionais da saúde aos indivíduos transgêneros.

MÉTODO

O material foi pesquisado na base eletrônica de dados científicos PubMed; as palavras-chave utilizadas foram: transgênero, saúde mental do transgênero, não

conformidade de gênero, disforia de gênero, transexual e profissionais de saúde; o levantamento foi realizado durante o mês de maio de 2017; foram consideradas as publicações de 2010 a 2017.

Os critérios de inclusão foram: artigos completos escritos em português, inglês, espanhol e francês; os de exclusão: duplicatas, resumos de congressos, editoriais, comentários de artigos e livros.

Considerações gerais

As pessoas que se identificam como transgêneros enfrentam várias desigualdades de saúde em comparação aos indivíduos cisgêneros (aqueles que se autoidentificam com o gênero que lhes foi atribuído ao nascerem). Por exemplo, transgêneros apresentam maiores índices de depressão, ansiedade, angústia, ideação suicida e tentativas de suicídio. Apesar dessas diferenças, muitos relatam dúvidas e dificuldades em buscar serviços de saúde, por considerarem que estes não contam com preparo para atender as suas necessidades.⁶

Na última década, algumas sociedades médicas elaboraram recomendações e guias de condutas específicas a serem adotadas com os indivíduos transgêneros, objetivando propiciar aos profissionais da saúde o instrumental necessário para realizarem o acompanhamento, assim como oferecer subsídios para melhor apreensão cultural sobre o tema; entre essas recomendações e guias, destacamos as diretrizes internacionais da Associação Profissional Mundial para Saúde Transgênero (The World Professional Association for Transgender Health, WPATH) consideradas essenciais nos cuidados clínicos aos indivíduos transsexuais, transgêneros e não conformes com o gênero, que está em sua sétima versão.⁷

Segundo a WPATH, os modelos para o atendimento clínico individual são sólidos no mundo todo, embora a implementação de serviços para populações de transgêneros dependa da infraestrutura do sistema de saúde e dos contextos socioculturais de cada país. Algumas especificidades clínicas, incluindo-se aí a cirurgia de redesignação sexual (retificação cirúrgica do sexo de nascimento ao gênero com o qual o indivíduo se identifica) são melhor realizadas em serviços que contam com equipes multidisciplinares preparadas para o manejo dessa condição. No entanto, a maioria dos cuidados de saúde pode ser realizada por um especialista em atenção primária de saúde. Por outro lado, há carência na formação desses profissionais no que concerne às especificidades dessa clientela: relata-se que esses profissionais seriam melhor capacitados se a educação sobre esse tema ocorresse já durante os módulos introdutórios da graduação.⁷

Estudos com profissionais da saúde

A maioria dos estudos incluídos nesta revisão comenta as atitudes dos profissionais médicos ao abordarem indivíduos transgêneros. Frente aos relatos de insatisfação quanto à atuação dos profissionais que prestavam assistência a transgêneros, Parameshwaran e cols. solicitaram de 166 estudantes de medicina (de todos os anos da graduação) que respondessem anonimamente a um questionário que media a eficácia do atendimento. Os resultados evidenciaram que 84,9% referiam desconhecimento e falta de confiança no uso de termos não familiares na área sexual e de gênero, desconhecimento quanto aos melhores recursos de tratamento para aqueles que apresentam sofrimento associado a essa condição, e nenhuma participação nas avaliações realizadas pelos médicos que os acompanhavam.⁸

Em pesquisa realizada *online*, envolvendo 142 professores, psiquiatras e residentes de psiquiatria, foram investigadas as atitudes e inseguranças desses especialistas no atendimento a essas pessoas. Os resultados demonstraram tendência de os psiquiatras e residentes endossarem atitudes menos negativas em comparação aos estudantes de graduação, e sugerem que pesquisas semelhantes sejam realizadas com outras especialidades médicas.⁹

Outro estudo ressaltou que especialistas em saúde mental podem desempenhar papel fundamental no apoio à saúde e ao bem-estar dos pacientes transgêneros, por meio de abordagens transafirmativas, ou seja, aquelas que reconhecem as experiências de gênero como igualmente saudáveis.¹⁰ Do mesmo modo, outra pesquisa salientou a importância de os cirurgiões que atendem essa população se habituarem com suas características emocionais.¹¹

De maneira geral, os estudos com profissionais da saúde assinalam as maneiras que podem parecer discriminatórias e fóbicas por parte desses profissionais; tais atitudes podem dever-se à falta de conhecimento, treinamento e educação específica durante a graduação. Em vista disso, treinamento é fundamental para que seja oferecido acolhimento aos que têm disforia de gênero. Tais estratégias e programas educacionais devem ser elaborados para assegurar que esse grupo receba tratamento médico e psicológico sem estigmatização ou atitudes preconceituosas.^{9,12-14} É mister que principalmente os médicos se familiarizem com a gama de opções e recursos disponíveis para melhores cuidados a essa população.¹⁵

Percepções de indivíduos transgêneros sobre os serviços de saúde

Pesquisas exclusivas com a população transgênera são escassas. Bocking e cols. conduziram um estudo com

180 pacientes transgêneros, para verificar a satisfação com os serviços prestados pelos centros de saúde. Os resultados evidenciaram altos índices de satisfação devido à parceria entre médicos, terapeutas, demais membros da equipe de saúde e os pacientes. Tal parceria consiste em apresentar aos pacientes a oportunidade de participarem diretamente da programação de seu próprio acompanhamento e garantir-lhes segurança e confiança de que suas opiniões serão acolhidas.¹⁶

Na Alemanha, por exemplo, situações de desconforto, identificadas pelos indivíduos transgêneros em relação aos especialistas que lhes prestavam assistência, propiciaram a revisão das normas do país para o acompanhamento dessa população; revisão essa que seguiu o modelo das diretrizes da WPATH e as recomendações baseadas em evidências.¹⁷ Outra pesquisa reforça a importância do conhecimento teórico, por meio de estudos fundamentados em evidências, por parte daqueles que pretendem acompanhá-los em psicoterapia.¹⁸

Assim como nos estudos realizados junto aos profissionais da saúde, aqueles que investigaram diretamente os indivíduos transgêneros, aconselham:

- A inclusão de disciplinas nos currículos de graduação e programas de educação continuada. Tais disciplinas devem contemplar o ensino dos termos básicos, como também das ferramentas úteis ao lidar com esses indivíduos.¹⁹
- Que as equipes sejam multidisciplinares, para trabalharem de modo colaborativo, com a finalidade de estabelecer um ambiente de confiança.²⁰
- Que a abordagem do tema seja positiva, considerando as variações de gênero saudáveis; para tanto, os estudos recomendam a criação de programas de capacitação aos interessados em trabalhar nessa área, sob essa perspectiva.^{21,22}

Na medida em que a saúde física e mental das pessoas transgêneras são influenciadas pelo ambiente em que vivem, é importante contar com o apoio de provedores e defensores em suas comunidades e escolas para facilitar a aceitação desse grupo de pessoas.²³

CONCLUSÕES

Os estudos desta revisão indicam que ainda faltam treinamento específico e recursos para os profissionais da saúde que pretendem acompanhar indivíduos transgêneros em suas necessidades. Fornecer cuidados de saúde sensíveis às singularidades e otimizar as transições físicas que permitam aos indivíduos transgêneros perceber maior conforto com o gênero com o qual se identificam são aspectos que merecem atenção dos profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Vance SR Jr, Ehrensaft D, Rosenthal SM. Psychological and medical care of gender nonconforming youth. *Pediatrics*. 2014;134(6):1184-92.
2. Cohen-Kettenis PT, Klink D. Adolescents with gender dysphoria. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*. 2015;29(3):485-95.
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Washington: American Psychiatric Association; 2013.
4. Roberts AL, Rosario M, Corliss HL, Koenen KC, Austin SB. Childhood gender nonconformity: a risk indicator for childhood abuse and posttraumatic stress in youth. *Pediatrics*. 2012;129(3):410-7.
5. Colizzi M, Costa R, Todarello O. Dissociative symptoms in individuals with gender dysphoria: is the elevated prevalence real? *Psychiatry Res*. 2015;226(1):173-80.
6. Whitman CN, Han H. Clinician competencies: strengths and limitations for work with transgender and gender non-conforming (TGNC) clients. *International Journal of Transgenderism*. 2017;18(2):154-71. Disponível em: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15532739.2016.1249818?journalCode=wijt20>. Acessado em 2017 (9 ago).
7. Wylie K, Knudson G, Khan SI, et al. Serving transgender people: clinical care considerations and service delivery models in transgender health. *Lancet*. 2016;388(10042):401-11.
8. Parameshwaran V, Cockbain BC, Hillyard M, Price JR. Is the Lack of Specific Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Queer/Questioning (LGBTQ) Health Care Education in Medical School a Cause for Concern? Evidence From a Survey of Knowledge and Practice Among UK Medical Students. *J Homosex*. 2017;64(3):367-81.
9. Ali N, Fleisher W, Erickson J. Psychiatrists' and Psychiatry Residents' Attitudes Toward Transgender People. *Acad Psychiatry*. 2016;40(2):268-73.
10. Austin A, Craig SL, Alessi EJ. Affirmative Cognitive Behavior Therapy with Transgender and Gender Nonconforming Adults. *Psychiatr Clin North Am*. 2017;40(1):141-56.
11. Berli JU, Knudson G, Fraser L, et al. What Surgeons Need to Know About Gender Confirmation Surgery When Providing Care for Transgender Individuals: A Review. *JAMA Surg*. 2017;152(4):394-400.
12. Levine DA; Committee On Adolescence. Office-based care for lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning youth. *Pediatrics*. 2013;132(1):e297-313.
13. Rutherford K, McIntyre J, Daley A, Ross LE. Development of expertise in mental health service provision for lesbian, gay, bisexual and transgender communities. *Med. Educ*. 2012;46(9):903-13.
14. Wilczynski C, Emanuele MA. Treating a transgender patient: overview of the guidelines. *Postgrad Med*. 2014;126(7):121-8.
15. Guss C, Shumer D, Katz-Wise SL. Transgender and gender nonconforming adolescent care: psychosocial and medical considerations. *Curr Opin Pediatr*. 2015;27(4):421-6.
16. Bockting W, Coleman E, De Cuypere G. Care of transsexual persons. *N Engl J Med*. 2011;364(26):2559-60; author reply 2560.
17. Nieder TO, Elaut E, Richards C, Dekker A. Sexual orientation of trans adults is not linked to outcome of transition-related health care, but worth asking. *Int Rev Psychiatry*. 2016;28(1):103-11.
18. Heck NC. Group Psychotherapy with Transgender and Gender Nonconforming Adults: Evidence-Based Practice Applications. *Psychiatr Clin North Am*. 2017;40(1):157-75.
19. Dewey JM. Challenges of implementing collaborative models of decision making with trans-identified patients. *Health Expect*. 2015;18(5):1508-18.
20. Janicka A, Forcier M. Transgender and Gender Nonconforming Youth: Psychosocial and Medical Considerations. *R I Med J* (2013). 2016;99(9):31-4.
21. McCann E, Sharek D. Survey of lesbian, gay, bisexual, and transgender people's experiences of mental health services in Ireland. *Int J Ment Health Nurs*. 2014;23(2):118-27.
22. Singh AA. Moving from affirmation to liberation in psychological practice with transgender and gender nonconforming clients. *Am Psychol*. 2016;71(8):755-62.
23. Mepham N, Bouman WP, Arcelus J, Hayter M, Wylie KR. People with gender dysphoria who self-prescribe cross-sex hormones: prevalence, sources, and side effects knowledge. *J Sex Med*. 2014;11(12):2995-3001.

Atletas de fim de semana: há benefícios nessa prática?

Victor Keihan Rodrigues Matsudo^I, José da Silva Guedes^{II}

Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul, CELAFISCS

RESUMO

A alegada falta de tempo induz as pessoas a fazerem exercícios apenas aos finais de semana, hábito considerado inadequado por muitos profissionais. No entanto, as evidências mostram que, se por um lado, pode ocorrer aumento no risco de lesões osteomusculares, por outro, os atletas de fim de semana que alcançam a recomendação de 150 minutos de atividade física moderada ou 75 minutos de atividade intensa apresentam risco de morte por todas as causas, por problemas cardiovasculares e por cânceres semelhantes àqueles que realizam essa atividade ao longo da semana. Tal fato favorece a que médicos incentivem os pacientes a aproveitarem o final de semana para melhorar seus níveis de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Exercício, mortalidade, sistema cardiovascular, neoplasias, aptidão física

INTRODUÇÃO

A ignorância é a prima do medo e assim o médico que desconhece o verdadeiro risco de se exercitar aos finais de semana tende a contraindicar essa prática. Mas o que há de evidências sobre esse tema controverso?

É conhecimento comum que atividade física melhora a saúde. As atuais recomendações encorajam exercícios diários, mas ainda é grande o desconhecimento sobre benefícios que exercícios aos finais de semana teriam sobre a saúde. Neste artigo, procuraremos mostrar evidências recentes sobre o tema.

EVIDÊNCIAS

Atleta de fim de semana é um termo coloquial usado para descrever pessoas que tendem a comprimir suas atividades físicas semanais em um ou dois dias por semana; sendo que essas atividades seriam de pelo menos 150 minutos de intensidade moderada ou de pelo menos 75 minutos de intensidade intensa. Apesar da sua aparente popularidade, a prevalência deles parece ser pequena (1-3%).¹ Aqui, não colocaremos o foco em riscos de lesões osteomusculares entre atletas de final de semana, pois a literatura indica a maior incidência desses problemas neste grupo,² mesmo entre

^ILivre-docente da Universidade Gama Filho. Diretor Científico do Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul.

^{II}Professor titular do Departamento de Medicina Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

Agradecimentos: Os autores agradecem a enorme colaboração de Maurício Santos no preparo desse artigo.

Editor responsável por esta seção:

Victor Keihan Rodrigues Matsudo. Livre-docente da Universidade Gama Filho. Diretor Científico do Centro de Estudos do Laboratório de Aptidão Física de São Caetano do Sul.

Endereço para correspondência:

Victor Keihan Rodrigues Matsudo

Centro Estudos Laboratório Aptidão Física São Caetano Sul

R. Heloísa Pamplona, 269 — Fundação — São Caetano do Sul (SP) — CEP 09520-320

Tel. (11) 4227-9643 — E-mail: matsudo@celafiscs.org.br

Fontes de fomento: nenhuma declarada — Conflito de interesse: nenhum declarado

Entrada: 4 de agosto de 2017 — Última modificação: 22 de agosto de 2017 — Aceitação: 23 de agosto de 2017

aqueles que se envolvem nos finais de semana simplesmente com problemas da casa ou com a manutenção de árvores ou jardins.³ Nosso foco será no risco de morte por todas as causas, por problemas cardiovasculares e por câncer.

Um estudo prospectivo⁴ foi conduzido com uma coorte de 8.421 homens (idade média de 66 anos) do Harvard Alumni Health Study, sem doenças crônicas, que responderam a questionários em 1988 e 1993 e foram divididos em sedentários, insuficientemente ativos, atletas de final de semana e regularmente ativos, dos quais 1.234 morreram. O risco relativo multivariado para sedentários, insuficientemente ativos, atletas de fim de semana e regularmente ativos foi de 1,00 (referente), 0,75 (intervalo de confiança, IC 95%: 0,62-0,91), 0,85 (IC 95%: 0,65-1,11) e 0,64 (IC 95%: 0,55-0,73), respectivamente. Na análise estratificada, entre homens sem fatores de risco, os atletas de fim de semana tinham menor risco de morte que os sedentários (risco relativo: 0,41; IC 95%: 0,21-0,81). Isso não foi observado entre homens com pelo menos um fator de risco. Esses resultados sugeriram que a atividade física regular que gere queima de pelo menos 1.000 kcal/semana deve ser recomendada para baixar as taxas de mortalidade. Entretanto, entre aqueles sem fator de risco, mesmo uma ou duas sessões semanais que gastem pelo menos 1.000 kcal podem postergar a mortalidade.

Recentemente, uma análise conjunta de estudos de vigilância domiciliar incluiu 11 coortes de respostas de adultos com mais de 40 anos do England and Scottish Health Survey, com acesso prospectivo aos registros de mortalidade.⁵ Dentre os 63.591 participantes, aconteceram 8.802 mortes no período de 8 anos, sendo 2.780 de eventos cardiovasculares e 2.526 de câncer, durante 561.159 pessoas-ano de seguimento.

Comparado aos inativos, o *hazard ratio* (HR) para mortalidade por todas as causas foi de 0,66 (IC 95%: 0,62 = 0,72) nos insuficientemente ativos (que reportavam uma a duas sessões semanais); de 0,60 (IC 95%: 0,45-0,82) nos atletas de final de semana (que reportavam > 150 minutos/semana de atividade moderada ou > 75 minutos de atividade intensa em uma ou duas sessões); e de 0,65 (IC 95%: 0,58-0,73) nos regularmente ativos (reportavam > 150 minutos/semana de atividades moderadas ou > 75 minutos de atividades intensas em 3 ou mais sessões semanais). Comparado ao dos inativos, o HR para mortalidade cardiovascular foi de 0,60 (IC 95%: 0,52-0,69) nos insuficientemente ativos; de 0,60 (IC 95%: 0,45-0,82) nos atletas de final de semana; de 0,59 (IC 95%: 0,48-0,73) nos regularmente ativos. Comparado ao dos inativos, o HR para mortalidade por câncer foi de 0,83 (IC 95%: 0,73-0,94) nos irregularmente ativos; de 0,82 (IC 95%: 0, 63-1,06) nos atletas de final de semana; e de 0,79 (IC 95%: 0,66-0,94) nos regularmente ativos (**Tabela 1**). Os resultados foram semelhantes

em homens e mulheres. Também foram analisados atletas de final de semana que eram insuficientemente ativos, ou seja, que reportavam uma ou mais sessões por semana, mas que não alcançavam a recomendação. Comparados com os participantes inativos, havia redução de 17-34% no risco (dependendo do desfecho) nesses atletas de final de semana insuficientemente ativos.⁵

Os autores concluíram que atletas de final de semana ou que pratiquem atividades caracterizadas por uma ou duas sessões por semana podem reduzir mortalidade para todas as causas, cardiovascular ou por câncer independentemente de seguirem a aderência sugerida pelas recomendações.⁵ O estudo tem algumas limitações, pois mais de 90% dos participantes eram caucasoides e a atividade física foi medida por autorrelato.⁶

Em análises transversais realizadas na mesma amostra, foi observada clara associação dose-resposta entre os fatores de risco tradicionais (HDL-colesterol, hemoglobina glicosilada, fibrinogênio, proteína C reativa, índice de massa corporal [IMC], pressão arterial sistólica, aptidão cardiorrespiratória) e atividade física moderada-vigorosa. O perfil mais favorável foi consistentemente observado entre os “regularmente ativos”; enquanto os atletas de final de semana apresentaram fatores de risco intermediários.⁷

Interessantemente, na mesma amostra, quando a aptidão cardiorrespiratória foi calculada usando método de teste de não esforço,⁸ apenas diferenças relativamente pequenas (B:1,00, CI 95%, 0,73-1,27 mL/kg/min) foram observadas entre os atletas de fim de semana e os participantes regularmente ativos, a despeito de uso de método computacional que favoreceria os regularmente ativos por somente levar em consideração a frequência e não o volume de atividade física moderadamente vigorosa.⁷

MECANISMOS FISIOPATOLÓGICOS

Alguns mecanismos fisiopatológicos poderiam explicar esses achados. É conhecido⁹ que cada sessão de atividade física pode levar a benefícios mentais e fisiológicos significativos.

Tabela 1. Associação entre o padrão de atividade física e mortalidade por todas as causas, cardiovascular e câncer

	Todas as causas	Cardiovasculares	Câncer
Insuficientemente ativo	↓34%	↓40%	↓17%
Atleta de final de semana	↓30%	↓40%	↓18%
Regularmente ativo	↓35%	↓41%	↓21%

Isso incluiria (mas não provavelmente limitaria) uma redução na pressão arterial por diversas horas, que poderia ser uma efetiva estratégia não farmacológica anti-hipertensiva;¹⁰ um aumento transitório no transporte/disponibilidade de glicose e no metabolismo de lipídeos (associadas com a liberação de miosinas e citocinas anti-inflamatórias) que poderiam ajudar na redução do diabetes tipo 2 e cardiopatias,¹¹⁻¹³ mobilização de neutrófilos¹³ e um aumento na função das “*natural killer cells*”,¹⁴ potencial melhora da resposta imune, potencial benefício a saúde mental, associado com a liberação de opioides endógenos e melhora da função executiva, incluindo memória, solução de problemas e fluência verbal.¹⁵

Por outro lado, os atletas de fim de semana se envolviam em grandes proporções (94%) de exercícios de intensidade vigorosa,⁵ sugerindo que foi mais importante a qualidade (intensidade) que a quantidade (frequência semanal). Como se sabe, os exercícios intensos melhoram bem mais a aptidão aeróbica que um mesmo volume de exercícios moderados e duas sessões de exercícios intensos por semana são o suficiente para manter a aptidão aeróbica.⁷

DISCUSSÃO

Da perspectiva de saúde pública, os maiores ganhos são obtidos da transição de um grande número de pessoas da inatividade para algum nível de atividade. Assim é interessante identificar a dosagem mínima para benefícios à saúde.

Nesse sentido, estudo que envolveu 400 mil adultos de Taiwan revelou que 15 minutos por dia de exercícios moderadamente-vigorosos diminuiria a mortalidade para todas as

causas.¹⁶ Uma metanálise recente que envolveu 11 estudos de coorte revelou que realizar alguma atividade física moderada-vigorosa, mas em menor quantidade que a preconizada nas recomendações estava associada a uma redução de 22% no risco de mortalidade de adultos.¹⁷

O conjunto das evidências sugere que “mais de um caminho levam a Roma” em termos de frequência de atividade física e diminuição da mortalidade, embora ainda haja talvez boas razões para se preconizar a realização de atividade física diária, incluindo menor risco de lesões musculoesqueléticas.⁷ Ou seja, para aqueles que não conseguirem realizar os 150 minutos de exercícios distribuídos em cinco dias da semana, fica a possibilidade de realizá-los aos finais de semana com o mesmo benefício para a saúde biológica. Fica a questão sobre benefícios para a saúde psicológica e social. Por outro lado, não estamos dizendo que um sedentário convicto deva iniciar seu programa de exercícios com atividade física intensa no primeiro final de semana. Tal atitude, que poderíamos dizer até inescrupulosa, tem risco relativo 107 vezes maior de infarto do miocárdio.^{18,19}

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Além da tradicional recomendação de se realizar pelo menos 30 minutos de atividade física na maior parte da semana, abre-se outra possibilidade àqueles que, por diversas razões, não consigam seguir essa prescrição. A única desculpa que não existe é para se manter sedentário!

REFERÊNCIAS

1. Kruger J, Ham SA, Kohl HW 3rd. Characteristics of a “weekend warrior”: results from two national surveys. *Med Sci Sports Exerc.* 2007;39(5):796-800.
2. National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin Diseases. Handout on Health: Sports Injuries. Disponível em: https://www.niams.nih.gov/Health_Info/Sports_Injuries/default.asp. Acessado em 2017 (18 ago).
3. Psoinos CM, Emhoff TA, Sweeney WB, Tseng JF, Santry HP. The dangers of being a “weekend warrior”: a new call for injury prevention efforts. *J Trauma Acute Care Surg.* 2012;73(2):469-73; discussion 473.
4. Lee IM, Sesso HD, Oguma Y, Paffenbarger RS Jr. The “weekend warrior” and risk of mortality. *Am J Epidemiol.* 2004;160(7):636-41.
5. O’Donovan G, Lee IM, Hamer M, Stamatakis E. Association of “Weekend Warrior” and Other Leisure Time Physical Activity Patterns With Risk for All-Cause, Cardiovascular Disease, and Cancer Mortality. *JAMA Intern Med.* 2017;177(3):335-342.
6. Wise J. Exercising as “weekend warrior” still yields mortality benefit, study finds. *BMJ.* 2017;356:j126.
7. Hamer M, O’Donovan G, Lee IM, Stamatakis E. The ‘weekend warrior’ physical activity pattern: how little is enough? *Br J Sports Med.* 2017;pii: bjsports-2017-097538.
8. Stamatakis E, Hamer M, O’Donovan G, Batty GD, Kivimaki M. A non-exercise testing method for estimating cardiorespiratory fitness: associations with all-cause and cardiovascular mortality in a pooled analysis of eight population-based cohorts. *Eur Heart J.* 2013;34(10):750-8.
9. Saxton J. Weekend Warriors have no time for the F word. *The Sport and Exercise Scientist.* 2017;52:12-3.
10. Chen CY, Bonham AC. Postexercise hypotension: central mechanisms. *Exerc Sports Sci Rev.* 2010;38(3):122-7.
11. Pedersen BK, Akerström TC, Nielsen AR, Fischer CP. Role of myokines in exercise and metabolism. *J Appl Physiol.* 2007;103(3):1093-8.
12. Barrès R, Yan J, Egan B, et al. Acute exercise remodels promoter methylation in human skeletal muscle. *Cell Metab.* 2012;15(3):405-11.

13. Brown WM, Davison GW, McClean CM, Murphy MH. A Systematic Review of the Acute Effects of Exercise on Immune and Inflammatory Indices in Untrained Adults. *Sports Med Open*. 2015;1(1):35.
14. Rowbottom DG, Green KJ. Acute exercise effects on the immune system. *Med Sci Sports Exerc*. 2000;32(7 Suppl):S396-405.
15. Basso JC, Suzuki WA. The effects of acute exercise on mood, cognition, neurophysiology, and neurochemical pathways: a review. *Brain Plasticity*. 2017;2(2):127-52. Disponível em: <http://content.iospress.com/articles/brain-plasticity/bpl160040>. Acessado em 2017 (7 ago).
16. Wen CP, Wai JP, Tsai MK, et al. Minimum amount of physical activity for reduced mortality and extended life expectancy: a prospective cohort study. *Lancet*. 2011;378(9798):1244-53.
17. Hupin D, Roche F, Gremeaux V, et al. Even a low-dose of moderate-to-vigorous physical activity reduces mortality by 22% in adults aged ≥ 60 years: a systematic review and meta-analysis. *Br J Sports Med*. 2015;49(19):1262-7.
18. Mittleman MA, Maclure M, Tofler GH, et al. Triggering of acute myocardial infarction by heavy physical exertion. Protection against triggering by regular exertion. Determinants of Myocardial Infarction Onset Study Investigators. *N Engl J Med*. 1993;329(23):1677-83.
19. Mittleman MA, Mostofsky E. Physical, psychological and chemical triggers of acute cardiovascular events: preventive strategies. *Circulation*. 2011;124(3):346-54.

Evidências de revisões sistemáticas Cochrane sobre o tratamento da fibromialgia

Stefano Alvarenga Galliano^I, Beatriz Palma Soengas Campelo^I, Rafael Leite Pacheco^I, Carolina de Oliveira Cruz Latorraca^{II}, Virgínia Fernandes Moça Trevisani^{III}, Rachel Riera^{IV}

Disciplina de Medicina Baseada em Evidências da Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina (Unifesp-EPM)

RESUMO

Contexto: A fibromialgia é uma doença crônica reumática não articular, multifatorial, caracterizada por dor musculoesquelética difusa, fadiga física e mental, alterações de comportamento, concentração, memória e/ou alterações de sono. Estima-se que afete de 2% a 4% da população mundial, sendo mais prevalente em mulheres entre 35 e 60 anos, e está associada a incapacidade e prejuízo nas atividades de vida diária. **Objetivo:** Avaliar evidências de revisões sistemáticas (RSs) Cochrane sobre efetividade e segurança de intervenções para fibromialgia. **Métodos:** Revisão de revisões sistemáticas com busca sistematizada na Biblioteca Cochrane. Três pesquisadores avaliaram os critérios de elegibilidade das revisões encontradas e fizeram uma síntese qualitativa dos resultados. **Resultados:** Foram incluídas 27 revisões sistemáticas Cochrane avaliando o uso de intervenções farmacológicas (20) e não farmacológicas (7). As RSs incluídas demonstraram evidência de alta qualidade no uso de inibidores da recaptção da serotonina e da noradrenalina (redução de dor e fadiga e melhora da qualidade de vida) e de pregabalina (redução da dor e aumento do bem-estar global). Para todas as outras intervenções consideradas, a qualidade da evidência é insuficiente ou baixa. **Conclusão:** Baseadas em evidências de alta qualidade, as revisões sistemáticas Cochrane incluídas nesta revisão demonstram que inibidores da recaptção da serotonina e da noradrenalina e pregabalina demonstram algum benefício para pacientes com fibromialgia.

PALAVRAS-CHAVE: Revisão, fibromialgia, medicina baseada em evidências, prática clínica baseada em evidências, tomada de decisão clínica

INTRODUÇÃO

A fibromialgia é uma doença crônica reumática não articular, multifatorial, caracterizada por dor musculoesquelética difusa, fadiga física e mental, alterações de comportamento, concentração, memória e/ou alterações de sono.¹ Estima-se que afete de 2% a 4% da população

mundial, sendo mais prevalente em mulheres entre 35 e 60 anos, e está associada a incapacidade e prejuízo nas atividades de vida diária.²

Os critérios diagnósticos de fibromialgia formulados pelo American College of Rheumatology (ACR) em 2010 incluem questionários validados para avaliar a extensão da dor (índice de dor generalizada, WPI) e alterações cognitivas (índice de gravidade dos sintomas, SS). Seu diagnóstico é clínico e

^IAlunos de graduação em Medicina da Escola Paulista de Medicina — Universidade Federal de São Paulo (EPM-Unifesp).

^{II}Psicóloga, mestre e aluna de pós-graduação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Baseada em Evidências da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Assistente de pesquisa do Cochrane Brazil.

^{III}Reumatologista, professora adjunta da Disciplina de Medicina Baseada em Evidências da Escola Paulista de Medicina (EPM), Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) e professora titular da Disciplina de Reumatologia da Universidade de Santo Amaro (UNISA).

^{IV}Reumatologista, professora adjunta da Disciplina de Medicina Baseada em Evidências da Escola Paulista de Medicina (EPM), Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) e coordenadora assistente do Cochrane Brazil.

Endereço para correspondência:

Rafael Leite Pacheco

Escola Paulista de Medicina — Universidade Federal de São Paulo (EPM-Unifesp)

Rua Botucatu, 740 — 3º andar — Vila Clementino — São Paulo (SP) — CEP 04023-900

Tel. (11) 5576-4203 — E-mail: rleitpacheco@hotmail.com

Fonte de fomento: nenhuma declarada — Conflito de interesses: nenhum declarado

Entrada: 8 de maio de 2017 — Última modificação — 23 de agosto de 2017 — Aceite: 31 de agosto de 2017

ocorre na presença de WPI ≥ 7 e SSRI ≥ 5 (ou WPI 3-6 e SS ≥ 9), persistência dos sintomas por três meses e ausência de outra doença que os expliquem.³

Apesar de sua patogênese não ser completamente entendida, estudos apontam para alterações metabólicas e imunológicas nesses indivíduos, embasando o fato de que a fibromialgia não pode ser considerada uma condição de dor subjetiva. Atualmente é entendida como desordem neurossensorial, caracterizada por alterações no processamento central dos estímulos dolorosos.^{4,5}

O manejo atual da fibromialgia na prática clínica é multimodal (incluindo exercício, mudança de hábitos, e medicamentos) e individualizada.⁶⁻⁸ No entanto, ainda há incertezas sobre os efeitos (benefícios e danos) de muitas intervenções atualmente em uso para o controle dos sinais e sintomas de pacientes com fibromialgia.

OBJETIVOS

Buscar e sintetizar as evidências (sobre efetividade e segurança) de revisões sistemáticas (RSs) Cochrane sobre intervenções terapêuticas para pessoas com fibromialgia.

MÉTODOS

Desenho e local do estudo

Revisão de revisões sistemáticas Cochrane realizada na Disciplina de Medicina Baseada em Evidências, Escola Paulista de Medicina (EPM), Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).

Crítérios para incluir revisões

Tipos de estudos

Consideramos apenas a última versão de revisões sistemáticas (RSs) Cochrane, sem limite quanto à data de publicação. Protocolos de RSs (revisões em andamento) ou revisões marcadas como retiradas (“*withdrawn*”) não foram incluídas.

Tipos de participantes

Foram incluídos pacientes com diagnóstico de fibromialgia, de ambos os sexos, de qualquer idade e com ou sem outras doenças associadas.

Tipos de intervenções

Qualquer intervenção farmacológica ou não farmacológica, considerada ou não como complementar ou alternativa, incluindo, entre outras: exercícios físicos, fisioterapia, hipnose, massagem, intervenções educacionais e psicoterapia.

Tipos de desfechos

Quaisquer desfechos clínicos avaliados pelas RSs incluídas serão apresentados.

Busca por estudos

Em 10 de maio de 2017, realizamos busca sistematizada na Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR) via Wiley. A estratégia de busca utilizada está apresentada na **Tabela 1**.

Seleção dos estudos

Três pesquisadores (SAG, BPSC, RLP) selecionaram e avaliaram os títulos e resumos das RSs quanto à sua adequação aos critérios de elegibilidade deste estudo. Divergências foram resolvidas por um quarto pesquisador (RR ou COCL).

Apresentação dos resultados

Os resultados obtidos pelas revisões sistemáticas incluídas foram traduzidos, resumidos e apresentados de modo narrativo.

RESULTADOS

Resultados da busca

Com a busca inicial, foram obtidas 226 revisões sistemáticas Cochrane, das quais 27 preencheram os critérios de inclusão deste estudo.⁹⁻³⁵

Resultados dos estudos incluídos

Entre as RSs incluídas, 20 avaliaram intervenções farmacológicas e 7 intervenções não farmacológicas, envolvendo

Tabela 1. Estratégia de busca para a Biblioteca Cochrane

#1 MeSH descriptor: [Fibromyalgia] explode all trees
#2: (Fibromyalgias) or (Fibromyalgia-Fibromyositis Syndrome) or (Fibromyalgia Fibromyositis Syndrome) or (Fibromyalgia-Fibromyositis Syndromes) or (Syndrome, Fibromyalgia-Fibromyositis) or (Syndromes, Fibromyalgia-Fibromyositis) or (Rheumatism, Muscular) or (Muscular Rheumatism) or (Fibrositis) or (Fibrositides) or (Myofascial Pain Syndrome, Diffuse) or (Diffuse Myofascial Pain Syndrome) or (Fibromyositis-Fibromyalgia Syndrome) or (Fibromyositis Fibromyalgia Syndrome) or (Fibromyositis-Fibromyalgia Syndromes) or (Syndrome, Fibromyositis-Fibromyalgia) or (Syndromes, Fibromyositis-Fibromyalgia) or (Fibromyalgia, Secondary) or (Fibromyalgias, Secondary) or (Secondary Fibromyalgia) or (Secondary Fibromyalgias) or (Fibromyalgia, Primary) or (Fibromyalgias, Primary) or (Primary Fibromyalgia) or (Primary Fibromyalgias) or (Chronic Fatigue-Fibromyalgia Syndrome) or (Chronic Fatigue Fibromyalgia Syndrome) or (Chronic Fatigue-Fibromyalgia Syndromes) or (Fatigue-Fibromyalgia Syndrome, Chronic) or (Fatigue-Fibromyalgia Syndromes, Chronic) or (Syndrome, Chronic Fatigue-Fibromyalgia) or (Syndromes, Chronic Fatigue-Fibromyalgia)
#3 #2 OR #1

Filter: in Cochrane Reviews

Tabela 2. Principais características, resultados e qualidade das evidências das revisões sistemáticas incluídas¹⁵⁻³⁶

Intervenção	Comparações	Resultados	Qualidade da evidência (GRADE*)
Acupuntura ¹⁵	Eletroacupuntura/ acupuntura convencional <i>versus</i> placebo/ <i>sham</i> . Eletroacupuntura/ acupuntura convencional <i>versus</i> amitriptilina 25-50 mg/dia).	Redução da dor, favorecendo eletroacupuntura. Melhora do bem-estar global, favorecendo eletroacupuntura. Melhora da qualidade de vida, favorecendo o grupo placebo/ <i>sham</i> quando comparado com acupuntura convencional. Melhora da rigidez, favorecendo eletroacupuntura. Redução da fadiga, favorecendo eletroacupuntura. Melhora da qualidade do sono favorecendo eletroacupuntura.	Moderada
Amitriptilina ¹⁶	Amitriptilina, 25-50 mg/dia, <i>versus</i> placebo.	Redução da dor em pelo menos 50%, favorecendo o grupo intervenção. Maior número de eventos adversos no grupo que recebeu amitriptilina. Sem diferença estatística entre os grupos para os desfechos qualidade de vida, fadiga, alterações do sono e número de <i>tender points</i> .	Muito baixa
Anticonvulsivantes (levetiracetam) ¹⁷	Levetiracetam na dose máxima de 3.000 mg/dia <i>versus</i> placebo (dose mínima não foi relatada).	Sem diferença estatística entre os grupos para os desfechos que avaliaram dor, alterações de sono. Não houve diferença na quantidade de pacientes que saíram do estudo por eventos adversos. Maior número de pacientes referindo tontura no grupo que recebeu levetiracetam.	Não avaliada
Anti-inflamatórios não esteroideais orais ¹⁸	Etoricoxib (90 mg/dia)/ ibuprofeno (2.400 mg/dia)/naproxeno (1.000 mg/dia)/tenoxicam (20 mg/dia) <i>versus</i> placebo	Sem diferença estatística entre os grupos para os desfechos que avaliaram dor ou no número de eventos adversos.	Muito baixa
Antipsicóticos ¹⁹	Quetiapina 50-300 mg/dia <i>versus</i> placebo. Quetiapina 50-300 mg/dia <i>versus</i> amitriptilina 10-75 mg/dia.	Melhora da qualidade do sono e menor pontuação em uma escala de depressão, favorecendo o grupo que recebeu quetiapina quando comparado ao placebo. Sem diferença entre os grupos para os desfechos que avaliaram dor, tolerância e segurança. Sem diferença estatística entre quetiapina e amitriptilina para os desfechos que avaliaram dor, fadiga, alterações de sono, depressão, ansiedade, qualidade de vida, sonolência, tontura e ganho de peso.	Muito baixa
Canabinóides ²⁰	Nabilone, 0,5-1 mg/dia, <i>versus</i> placebo/ amitriptilina.	Sem evidências suficientes para avaliar benefícios e segurança.	Não avaliada
Exercícios aquáticos ²²	Exercícios na água <i>versus</i> atividades usuais. Exercícios na água <i>versus</i> no solo. Diferentes tipos de exercícios na água comparados entre si.	Diferença estatisticamente significativa, favorecendo o grupo exercícios na água <i>versus</i> atividades usuais para os desfechos bem-estar global, capacidade física auto relatada, dor, rigidez e força muscular. Diferença estatisticamente significativa, favorecendo o grupo exercícios na água <i>versus</i> exercícios no solo para o desfecho força muscular.	Não avaliada
Exercícios físicos ²³	Exercícios aeróbicos/ fortalecimento/ alongamento <i>versus</i> controle (sem intervenção).	Diferença estatisticamente significativa, favorecendo o grupo exercícios aeróbicos para desfechos que avaliaram dor, bem-estar global, capacidade física e depressão. Diferença estatisticamente significativa, favorecendo o grupo exercícios de fortalecimento para os desfechos que avaliaram dor, bem-estar global e depressão.	Não avaliada

Continua...

Tabela 2. Continuação.

Intervenção	Comparações	Resultados	Qualidade da evidência (GRADE*)
Exercícios de resistência ²⁴	Exercícios de alta intensidade <i>versus</i> controle (sem intervenção). Exercícios progressivos de resistência <i>versus</i> treino aeróbico. Exercícios de baixa intensidade <i>versus</i> alongamento.	Diferença estatisticamente significativa, favorecendo o grupo exercícios de alta intensidade para os desfechos que avaliaram bem-estar global, capacidade física auto relatada, número de <i>tender points</i> e força muscular. Também foi constatado maior número de perdas no grupo intervenção para esta comparação. Melhora da dor após oito semanas, favorecendo o grupo que recebeu treino aeróbico quando comparado a exercícios progressivos. Não houve diferença entre os grupos desta comparação para os desfechos bem-estar global, capacidade física autorrelatada, número de <i>tender points</i> e taxa de perdas. Diferença estatisticamente significativa, favorecendo o grupo exercícios de baixa intensidade quando comparados a alongamento para os desfechos que avaliaram dor e bem-estar global. Não houve diferença significativa entre os grupos para os desfechos <i>tender points</i> e força muscular.	Baixa
Gabapentina ²⁵	Gabapentina, 1.200-2.400 mg/dia <i>versus</i> placebo.	Sem evidências relevantes para avaliar benefícios e segurança.	Não avaliada
Inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS) ²⁶	Citalopram (20-40 mg/dia)/ fluoxetina (20-80 mg/dia)/ paroxetina (20-50 mg/dia) <i>versus</i> placebo.	Maior número de pacientes com melhora de 30% da dor, melhora global clinicamente importante e melhora em uma escala de depressão, favorecendo grupo que recebeu ISRS. Sem diferença estatisticamente significativa para os desfechos que avaliaram fadiga, alterações de sono, desistências e eventos adversos.	Muito baixa
Inibidores da monoamino-oxidase (IMAOs) ²⁷	Pirlindole (150 mg/dia)/ moclobemida (450-600 mg/dia) <i>versus</i> placebo.	Diferença estatisticamente significativa, favorecendo o grupo que recebeu IMAOs para redução da dor. Houve maior número de participantes relatando náuseas ou vômitos no grupo que recebeu IMAOs. Não houve diferença estatística entre os grupos para os desfechos <i>tender points</i> , melhora global, ou descontinuação do uso.	Baixa
Inibidores da recaptação da serotonina e da noradrenalina (IRSNs) ^{21,28,30}	Milnacipran, 100-200 mg/dia, <i>versus</i> placebo.	Redução estatisticamente significativa, favorecendo o grupo intervenção para os desfechos que avaliaram dor. Maior número de abandonos no grupo que recebeu milnacipran.	Alta
	Duloxetina (60-120 mg/dia)/ milnacipran 100-200 mg/dia <i>versus</i> placebo.	Diferença estatisticamente significativa, favorecendo o grupo que recebeu IRSNs para os desfechos que avaliaram dor, fadiga e qualidade de vida. Houve um maior número de abandonos relacionados a eventos adversos no grupo intervenção. Não houve diferença estatística para o desfecho que avaliou alterações do sono.	Alta
	Duloxetina, 20-120 mg/dia, <i>versus</i> placebo.	Melhora estatisticamente significativa dos desfechos que avaliaram dor e bem-estar global, favorecendo o grupo que recebeu duloxetina.	Baixa
Lacosamida ²⁹	Lacosamida, 400 mg/dia, <i>versus</i> placebo.	Sem evidências relevantes para avaliar benefícios e segurança.	Não avaliada
Pregabalina ³¹	Pregabalina, 150-600 mg/dia, <i>versus</i> placebo.	Diferença estatisticamente significativa favorecendo o grupo que recebeu pregabalina para os desfechos que avaliaram dor e bem-estar global. Houve menor número de pessoas que abandonaram o tratamento por falta de eficácia no grupo que recebeu pregabalina, porém houve maior número de pessoas que abandonaram o estudo devido a eventos adversos no grupo pregabalina.	Alta

Continua...

Tabela 2. Continuação.

Intervenção	Comparações	Resultados	Qualidade da evidência (GRADE*)
Terapia cognitivo-comportamental (TCC) ³²	Terapia cognitivo-comportamental (vários tipos) versus tratamento usual/outros tipos de terapia/lista de espera.	Redução estatisticamente significativa, favorecendo o grupo que recebeu TCC para os desfechos que avaliaram dor, depressão e funcionalidade. Não houve diferença entre o número de abandonos entre os grupos.	Baixa
Terapia de corpo e mente ³³	Psicoterapia versus tratamento usual. Terapia baseada em <i>biofeedback</i> versus tratamento usual. <i>Mindfulness</i> versus tratamento usual. Terapia de movimento versus tratamento usual	Melhora estatisticamente significativa da funcionalidade e da dor, favorecendo os grupos que receberam psicoterapia e relaxamento quando comparados à terapia usual.	Muito baixa a moderada
Topiramato ³⁴	-	Sem evidências suficientes para avaliar benefícios e segurança.	Não avaliada
Reabilitação multidisciplinar ³⁵	-	Sem evidências suficientes para avaliar benefícios e segurança.	Não avaliada

*GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation)³⁶ é uma ferramenta para avaliar a qualidade das evidências e a força das recomendações. A qualidade da evidência é classificada em quatro níveis: alto (forte confiança de que o verdadeiro efeito esteja próximo daquele estimado), moderado (há confiança moderada no efeito estimado), baixo (a confiança no efeito é baixa) e muito baixo (a confiança na estimativa de efeito é muito limitada; há importante grau de incerteza nos achados).

acupuntura, exercícios e psicoterapia. Seis revisões⁹⁻¹⁴ foram consideradas “vazias” (não encontraram ensaios clínicos que preenchessem os critérios de inclusão) e se propuseram a avaliar os efeitos dos seguintes medicamentos: ácido valproico/valproato de sódio,⁹ carbamazepina,¹⁰ clonazepam,¹¹ fenitoína,¹² lamotrigina¹³ e oxicodona.¹⁴

A seguir, apresentamos os resumos das revisões encontradas e que incluíram pelo menos um ensaio clínico. A **Tabela 2**¹⁵⁻³⁶ apresenta as principais características, resultados e qualidade das evidências obtidas por estas revisões.

Acupuntura

Uma revisão¹⁵ avaliou os benefícios e a segurança da acupuntura para fibromialgia e incluiu nove estudos clínicos randomizados (ECRs) e um ensaio clínico *quasi*-randomizado (395 participantes). Os seguintes resultados foram observados para as comparações apresentadas:

Eletoacupuntura/acupuntura convencional *versus* placebo/*sham*:

- Redução da dor (escala de 0 a 100) após um mês do tratamento: quando comparadas a placebo/*sham*, houve diferença estatística a favor da eletroacupuntura (diferença de média padronizada [DMP] -0,63; intervalo de confiança [IC] de 95% -1,02 a -0,23; dois ECRs; 104 participantes), mas não da acupuntura convencional (DMP 0,14; IC 95% -0,17 a 0,45; quatro ECRs; 182 participantes).

- Melhora do bem-estar global após um mês de tratamento (escala de 0 a 100): quando comparadas a placebo/*sham*, houve diferença estatística a favor da eletroacupuntura (DMP 0,65; IC 95% 0,26 a 1,05; dois ECRs; 104 participantes), mas não da acupuntura convencional (DMP -0,40; IC 95% -0,86 a 0,06; um ECR; 96 participantes).
- Qualidade de vida após um mês de tratamento (escala SF-36): houve diferença estatística a favor do placebo/*sham* quando comparada a acupuntura (DMP -5,80; IC 95% -10,91 a -0,69; um ECR; 56 participantes).
- Melhora da rigidez após um mês de tratamento (escala de 0 a 100): quando comparada ao grupo placebo/*sham* houve diferença estatística a favor da eletroacupuntura (DMP -0,45; IC 95% -0,84 a -0,06; dois ECR; 104 participantes; evidência de qualidade moderada).
- Redução da fadiga após um mês de tratamento (escala de 0 a 100): quando comparada ao grupo placebo/*sham* houve diferença estatística a favor da eletroacupuntura (DMP -0,85; IC 95% -1,44 a -0,27; um ECR; 49 participantes), mas não da acupuntura convencional (DMP 0,26; IC 95% -0,08 a 0,61; dois ECR; 152 participantes).
- Qualidade do sono após um mês de tratamento (escala de 0 a 100): quando comparada ao grupo placebo/*sham* houve diferença estatística a favor da eletroacupuntura (DMP 0,40; IC 95% 0,01 a 0,79; dois ECR; 104 participantes), mas

não da acupuntura convencional (DMP -0,25; IC 95% -0,71 a 0,21; um ECR; 96 participantes).

- Eventos adversos: nenhum evento adverso importante foi observado.

Eletroacupuntura/acupuntura convencional *versus* amitriptilina (25 mg/dia a 50 mg/dia): houve diferença estatística a favor da acupuntura convencional quando comparada com amitriptilina na redução da dor após um mês de tratamento conforme a escala visual analógica (diferença de médias [DM] -17,30; IC 95% -24,13 a -10,47; um ECR; 38 participantes; evidência de baixa qualidade).

Para informações adicionais, acesse o artigo original em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007070.pub2/full>.

Amitriptilina

A revisão¹⁶ avaliou os efeitos da amitriptilina para pacientes com fibromialgia e incluiu nove ECR (649 participantes) que receberam amitriptilina 25-50 mg ou placebo durante seis a 24 semanas. A metanálise mostrou benefício com o uso da amitriptilina na redução da dor (redução de pelo menos 50%) (risco relativo [RR] = 3, IC 95% = 1,7 a 4,9; número necessário para tratar [NNT] = 4,1, IC 95% = 2,9 a 6,7; evidência de qualidade muito baixa). No entanto, os eventos adversos foram mais frequentes no grupo amitriptilina (78% *versus* 47%; RR = 1,5, IC 95% = 1,3 a 1,8; número necessário para causar dano NND = 3,3, IC 95% = 2,5 a 4,9; evidência de qualidade muito baixa). Não houve diferença entre os grupos comparados para os desfechos: qualidade de vida, fadiga, alterações de sono, e número de *tender points*. Para informações adicionais, acesse o artigo original em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD011824/full>.

Anticonvulsivantes

A revisão¹⁷ avaliou os benefícios e segurança no uso de anticonvulsivantes em fibromialgia. Foram incluídos oito ECR que avaliaram o uso de pregabalina, gabapentina, lacosamida e levetiracetam. No entanto, três revisões foram publicadas posteriormente, considerando pregabalina, gabapentina e lacosamida para fibromialgia. Um ECR incluído avaliou o levetiracetam (66 participantes), que não demonstrou benefícios quanto aos desfechos:

- Redução média da dor (DMP -0,21; IC 95% -0,77 a 0,36; um ECR; 50 participantes);
- Redução de 50% da dor (RR 1,52; IC 95% 0,43 a 5,34; um ECR; 66 participantes);
- Redução de alterações do sono (DMP -0,16; IC 95% -0,72 a 0,40; um ECR; 50 participantes);

- Retirada dos estudos devido a eventos adversos (RR 0,87; IC 95% 0,21 a 3,56; um ECR; 66 participantes);
- Redução de 30% da dor (RR 1,23; IC 95% 0,65 a 2,33; um ECR; 66 participantes);

O grupo levetiracetam apresentou aumento no risco de tontura (RR 1,30; IC 95% 1,02 a 1,66; P = 0,04; um ECR; 66 participantes). Muitos dados dessas análises não foram reportados pelos autores do ECR e foram imputados pelos autores da revisão, o que reduz a confiabilidade dos achados. Para informações adicionais, acesse o artigo original em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD010782/full>.

Anti-inflamatórios não esteroidais (AINES) orais

A revisão¹⁸ avaliou o uso oral de anti-inflamatórios não esteroidais orais (AINES) para pacientes com fibromialgia e incluiu seis ECRs (292 participantes), avaliando o uso de etoricoxib, ibuprofeno, naproxeno ou tenoxicam comparados com placebo em pacientes com fibromialgia. Não houve diferença entre os grupos nos desfechos: redução da dor em pelo menos 50% (diferença de risco [DR] -0,07; IC 95% -0,18 a 0,04; dois ECRs; 146 participantes; evidência de qualidade muito baixa), redução de pelo menos 30% da dor (DR -0,04; 95% IC -0,16 a 0,08; três ECRs; 192 participantes; evidência de qualidade muito baixa), presença de qualquer evento adverso (DR 0,08; IC 95% -0,03 a 0,19; quatro ECRs; 230 participantes; evidência de qualidade muito baixa). Considerando o pequeno número de estudo e a sua baixa qualidade metodológica os autores concluíram que não há evidências suficientes para recomendar o uso de AINEs para o tratamento de fibromialgia. Para informações adicionais, acesse o artigo original em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD012332.pub2/full>.

Antipsicóticos

A revisão¹⁹ buscou avaliar a eficácia, tolerância e segurança dos antipsicóticos para o tratamento da fibromialgia. Quatro ECRs (296 participantes) foram incluídos: três comparando quetiapina 50-300 mg/dia *versus* placebo e um, quetiapina 50-300 mg/dia *versus* amitriptilina 10-75 mg/dia. Houve diferença estatística a favor da quetiapina quando comparada ao placebo para os desfechos:

- Alterações do sono (escala 0-21, quanto maior, pior as alterações do sono) (DMP -0,67; IC 95% -1,1 a -0,23; dois ECRs; 87 participantes; evidência de qualidade muito baixa).
- Depressão (escala 0-50) (DMP -0,39; IC 95% -0,74 a -0,04; três ECRs; 207 participantes; evidência de qualidade muito baixa).

No entanto, a relevância clínica destas diferenças é questionável. Não houve diferença entre os grupos quanto

ao número de participantes com melhora de pelo menos 50% da dor no grupo (diferença de risco [DR] 0,12; IC 95% -0,02 a 0,1; dois ECRs; 155 participantes; evidência de qualidade muito baixa), à tolerância e à segurança. No grupo em uso de quetiapina, foi observado ganho de peso substancial (DR 0,08; IC 95% 0,02 a 0,15; 2 ECRs; 155 participantes; evidência de qualidade muito baixa). Não houve diferença entre quetiapina e amitriptilina quanto aos desfechos dor, fadiga, alterações de sono, depressão, ansiedade, qualidade de vida, sonolência, tontura, e ganho de peso. Para informações adicionais, acesse o artigo original em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD011804.pub2/abstract>.

Canabinoides

A revisão²⁰ avaliou os efeitos dos canabinoides para sintomas de fibromialgia em adultos. Foram incluídos dois ECR (72 participantes), comparando nabilone (canabinoide sintético) 0,5 mg-1 mg/dia *versus* placebo ou amitriptilina. Nenhum estudo relatou os desfechos considerados primários pelos autores da RS (redução maior que 50% de dor, melhora do bem-estado global, efeitos adversos importantes). Os desfechos avaliados pelos dois estudos foram relatados de modo incompleto, sem dados numéricos suficientes para qualquer tipo de análise. Para informações adicionais, acesse o artigo original em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD011694.pub2/full>.

Duloxetina

A revisão²¹ avaliou os benefícios e a segurança da duloxetina para pacientes com dor crônica, incluindo aqueles com diagnóstico de fibromialgia. Foram incluídos 18 ensaios clínicos controlados, mas apenas seis (2.249 participantes) avaliaram a duloxetina *versus* placebo para pacientes com fibromialgia. Os principais resultados foram:

- Melhora de pelo menos 50% da dor (até 12 semanas de tratamento): benefício com o uso de duloxetina (20-120 mg/dia) (RR 1,50; IC 95% 1,29 a 1,75; cinco ECR; 1.187 participantes).
- Intensidade média da dor: diferença estatística a favor da duloxetina (120 mg/dia) (DM -0,80; IC 95% -1,35 a -0,25; um ECR; 507 participantes).
- Bem-estar global (Patient Global Impression of Change Score, PGIC) diferença estatística a favor da duloxetina 20 mg/dia (DM -0,54; IC 95% -0,96 a -0,12; um ECR; 223 participantes), 30 mg/dia (DM -0,71; IC 95% -0,71 a -0,05; um ECR; 308 participantes), 60 mg/dia (DM -0,45; IC 95% -0,73 a -0,18; dois ECR; 519 participantes) e 120 mg/dia (DM -0,44; IC 95% -0,66 a -0,23; três ECR; 826 participantes).

Os eventos adversos foram analisados em conjunto para todas as condições clínicas incluídas e houve aumento significativamente do número de interrupções de tratamento nos grupos recebendo duloxetina (RR 1,95; IC 95% 1,6 a 2,37; 14 ECR; 4.837 participantes; evidência de baixa qualidade). Os autores concluíram que, apesar da diferença estatística encontrada nos desfechos avaliados, a relevância clínica associada a esta diferença é questionável. Para informações adicionais, acesse o artigo original em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007115.pub3/full>.

Atenção: Outra revisão sistemática Cochrane²⁸ avaliou o efeito deste e demais inibidores seletivos da recaptção da noradrenalina e da serotonina para outros desfechos em pacientes com fibromialgia.

Exercícios aquáticos

A revisão²² avaliou os efeitos dos exercícios realizados dentro da água (em uma piscina até o nível do tórax, ombros ou cintura) em pacientes com fibromialgia. Foram incluídos 16 ECRs (881 participantes): exercícios aquáticos *versus* “controle” (atividades usuais) (9 ECRs), exercícios aquáticos *versus* terrestres (5 ECRs), e diferentes tipos de exercícios aquáticos comparados entre si (2 ECRs). Quando comparados com o “controle”, os exercícios aquáticos mostraram benefícios estatisticamente significativos para os desfechos:

- Bem-estar global (FIQ, Fibromyalgia Impact Questionnaire – questionário de 0-100, notas mais baixas referem a um estado melhor) (DM -5,97; IC 95% -9,06 a -2,88; sete ECR; 367 participantes).
- Capacidade física autorrelatada (escala 0-100, notas altas significam melhor capacidade física) (DM -4,35; IC 95% -7,77 a -0,94; cinco ECR; 285 participantes).
- Dor (escala 0-100, notas baixas significam menor intensidade de dor referida) (DM -6,59; IC 95% -10,71 a -2,48; sete ECR; 384 participantes).
- Rigidez muscular (DM -18,34; IC 95% -35,75 a -0,93; quatro ECR; 230 participantes).
- Força muscular (extensão joelho e preensão manual) (DMP 0,63; IC 95% 0,20 a 1,05; quatro ECR; 157 participantes).

Os autores consideraram apenas os desfechos rigidez e força muscular como sendo clinicamente significantes a favor dos exercícios aquáticos, pois os resultados numéricos atingiram 15% de limite para a relevância clínica.

Quanto à comparação de exercícios aquáticos *versus* terrestres, a única diferença estatisticamente significativa foi com relação à força muscular (DM -2,4; IC 95% -0,20 a -1,05; um ECR; 34 participantes), que foi melhor com os exercícios aquáticos. No entanto, a relevância clínica associada é questionável.

Quanto à comparação de diferentes exercícios aquáticos, um ECR avaliou *ai chi versus* alongamento e o outro, exercícios em piscina *versus* no mar. O único desfecho primário com significância estatística foi rigidez muscular, que foi menor no grupo de intervenção *ai chi* (DM 1,0; IC 95% 0,31 a 1,69; um ECR; 81 participantes).

Para informações adicionais, acesse o artigo original em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD011336/full>.

Exercícios físicos

O objetivo da revisão²³ foi avaliar os efeitos do treinamento físico em indivíduos com fibromialgia. Foram incluídos 34 ECR (2.276 participantes) que avaliaram os efeitos de 47 intervenções focadas em exercícios aeróbicos, de fortalecimento ou de alongamento. Os seguintes resultados foram observados:

- Exercícios aeróbicos *versus* controle (nenhuma intervenção): diferença estatística significativa a favor dos exercícios para os desfechos dor (DMP 0,81; IC 95% 0,15 a 1,47; quatro ECR; 223 participantes), bem-estar global (FIQ – questionário de 0-100, notas mais baixas referem a um estado melhor) (DMP 0,49; IC 95% 0,23 a 0,75; quatro ECR; 269 participantes), função física (DMP 0,66; IC 95% 0,41 a 0,92; quatro ECR; 253 participantes) e escala de depressão (DMP 0,54; IC 95% 0,14 a 0,94; cinco ECR; 273 participantes).
- Exercícios de fortalecimento *versus* controle: diferença estatística significativa a favor dos exercícios para os desfechos dor (DM 3,0; IC 95% 1,68 a 4,32; um ECR; 21 participantes), bem-estar global (DMP 1,43; IC 95% 0,76 a 2,1; dois ECR; 47 participantes), escala de depressão (DM 1,14; IC 95% 0,20 a 2,08; um ECR; 21 participantes).

A relevância clínica associada à diferença estatística encontrada é questionável para a maioria dos desfechos avaliados. Para mais informações acesse o artigo original em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003786.pub2/full>.

Exercícios de resistência

A revisão sistemática²⁴ analisou os potenciais benefícios e riscos de exercícios de resistência em pacientes com fibromialgia. Foram incluídos cinco ECR (219 participantes) que compararam:

- Exercícios de alta intensidade *versus* controle (sem intervenção): diferença estatística significativa a favor dos exercícios para os desfechos bem-estar global (FIQ; DMP -1,27; IC 95% -1,83 a -0,72; um ECR; 60 participantes; evidência de baixa qualidade), capacidade física auto relatada (escala SF-36; DMP -0,5; IC 95% -0,89 a -0,11; três ECR;

107 participantes; evidência de baixa qualidade); número de *tender points* (escala de 0-18) (DMP -0,73; IC 95% -1,12 a -0,33; três ECR; 107 participantes; evidência de baixa qualidade); força muscular (DMP 1,67; IC 95% 0,98 a 2,35; dois ECR; 47 participantes; evidência de baixa qualidade). No entanto, as perdas foram mais frequentes no grupo dos exercícios (RR 3,50; IC 95% 0,79 a 15,49; três ECR; 107 participantes; evidência de baixa qualidade).

- Exercícios progressivos de resistência *versus* treino aeróbico: redução estatisticamente significativa da dor (visual analogue scale, VAS) após oito semanas de acompanhamento favorecendo o grupo de treino aeróbico (DMP 0,53; IC 95% 0,10 a 0,97; dois ECR; 86 participantes; baixa qualidade da evidência). Não houve diferença entre os grupos para os desfechos bem-estar global (DMP 0,43; IC 95% -0,08 a 0,94; um ECR; 60 participantes; evidência de baixa qualidade), capacidade física autorrelatada (DMP -0,11; IC 95% -0,53 a 0,31; dois ECR; 86 participantes; evidência de baixa qualidade), número de *tender points* (DMP -0,13; IC 95% -0,55 a 0,3; dois ECR; 86 participantes; evidência de baixa qualidade), e taxa de perdas (OR 1; IC 95% 0,24 a 4,23; dois ECR; 86 participantes; evidência de baixa qualidade). Nenhum ECR incluído relatou eventos adversos.
- Exercícios de baixa intensidade foram superiores aos exercícios de alongamento nos desfechos bem-estar global (FIQ; DMP -0,55; IC 95% -1,09 a -0,02; um ECR; 56 participantes; evidência de baixa qualidade) e dor (VAS) (DMP -0,66; IC 95% -1,2 a -0,12; um ECR; 56 participantes; evidência de baixa qualidade). Porém não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos no número de *tender points* (DMP -0,22; IC 95% -0,74 a 0,31; um ECR; 56 participantes; evidência de baixa qualidade), força muscular (DMP 0,34; IC 95% -0,18 a 0,87; um ECR; 56 participantes; evidência de baixa qualidade) ou na taxa de perdas (RR 1; IC 95% 0,37 a 2,73; um ECR; 56 participantes; evidência de baixa qualidade). Não houve eventos adversos importantes em nenhum dos grupos.

Apesar dos resultados estatisticamente significantes para alguns dos desfechos avaliados pelos autores dessa RS, a relevância clínica dos exercícios de resistência ainda é questionável. Para informações adicionais, acesse o artigo original em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD010884/full>.

Gabapentina

A revisão²⁵ avaliou a eficácia da gabapentina para o tratamento da dor em pacientes com fibromialgia e incluiu apenas

um ECR (150 participantes), que comparou gabapentina na dose máxima de 2400 mg/dia *versus* placebo por 12 semanas. Nenhuma análise estatística foi realizada, os únicos dados de efetividade e segurança disponíveis foram:

- Redução de 30% ou mais na dor: observada em 49% dos participantes no grupo gabapentina (38/75) *versus* 31% (23/75) no grupo placebo (valor de P não fornecido)
- Descontinuação do uso: observada em 16% dos participantes no grupo gabapentina (12/75) *versus* 9% (7/75) no grupo placebo (valor de P não fornecido).

Não houve relato de eventos adversos graves. Os autores concluíram não haver evidências suficientes para apoiar ou refutar o uso de gabapentina para pacientes com fibromialgia. Informações adicionais, acesse o artigo original em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD012188.pub2/full>.

Inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRSs)

A revisão²⁶ avaliou os benefícios e a segurança do uso de ISRSs para fibromialgia. Sete ECRs (383 participantes), avaliando o uso de citalopram, fluoxetina e paroxetina, foram incluídos. As análises combinando os três tipos de ISRSs incluídos mostraram benefício dos medicamentos para os desfechos:

- Maior número de pacientes com melhora de pelo menos 30% da dor (DR 0,10; IC 95% 0,01 a 0,20; NNT 10; IC 95% 5 a 100; seis ECR; 343 participantes; evidência de muito baixa qualidade).
- Maior número de pacientes com melhora global clinicamente importante (proporção de pacientes que responderam ter melhora importante ou muito importante) (DR 0,14; IC 95% 0,06 a 0,23; NNT 7; IC 95% 4 a 17; seis ECR; 330 participantes; evidência de qualidade muito baixa).
- Melhora em uma escala (0-100) de depressão (DMP -0,39; IC 95% -0,65 a -0,14; NNT 13; IC 95% 7 a 37; seis ECR; 244 participantes; evidência de qualidade muito baixa).

Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos para os desfechos fadiga (DMP -0,26; IC 95% -0,55 a 0,03; cinco ECR; 192 participantes; evidência de qualidade muito baixa), alterações de sono (DMP 0,03; IC 95% -0,26 a 0,31; cinco ECR; 193 participantes; evidência de qualidade muito baixa), descontinuidade do tratamento devido à eventos adversos (DR 0,04; 95% IC -0,06 a 0,14; cinco ECR; 284 participantes; evidência de qualidade muito baixa) e eventos adversos importantes (DR -0,01; IC 95% -0,07 a 0,05; dois ECR; 168 participantes; evidência de qualidade muito baixa).

Para informações adicionais, acesse o artigo original em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD011735/abstract>.

Inibidores da monoamino oxidase (IMAOs)

O objetivo da RS²⁷ foi avaliar a eficácia e a segurança dos inibidores da monoamino oxidase (IMAOs) no tratamento da fibromialgia. Foram incluídos dois ECR (230 participantes), avaliando o uso de pirlindole 150 mg/dia e moclobemida 450 a 600 mg/dia comparados com placebo. Os resultados dos estudos foram combinados em metanálises pelos autores da RS quando possível. Os resultados encontrados foram:

- Melhora estatisticamente significativa da dor (VAS) favorecendo o grupo que recebeu IMAOs (DM -1,45; IC 95% -2,71 a -0,2; dois ECR; 121 participantes; evidência de qualidade baixa).
- Maior número de participantes apresentando náuseas ou vômitos no grupo que recebeu IMAOs (RR 7,82; IC 95% 1,02 a 59,97; um ECR; 89 participantes; evidência de qualidade baixa).

Não houve diferença estatística para os desfechos número de *tender points* (SMD -0,36, IC 95% -0,72 a 0; dois ECR; dois ECR; 121 participantes; evidência de qualidade baixa), melhora global (escala visual de 0-10, avaliada pelo paciente) (DM -0,82; IC 95% -2,39 a 0,75; dois ECR; 121 participantes; evidência de qualidade baixa) ou descontinuação do uso (RR 1,72; IC 95% 0,53 a 5,59; dois ECR; 149 participantes; evidência de qualidade baixa).

Para mais informações acesse o artigo original em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009807/full>.

Inibidores da recaptção da serotonina e da noradrenalina (IRSNs)

A RS²⁸ teve como objetivo avaliar a efetividade dos IRSNs para o tratamento de pacientes com fibromialgia. Foram incluídos 10 ECR (6.038 participantes). Cinco ECR avaliaram o uso de duloxetina 60-120 mg/dia e cinco o uso de milnacipran 100-200 mg/dia. As metanálises foram realizadas combinando dados destes dois medicamentos *versus* placebo.

- Redução da dor favorecendo o grupo que recebeu IRSNs (escala de 0 a 100, quanto maior a pontuação maior a dor) (SMD: -0,23; IC 95%: -0,29 a -0,18; NNT 11; IC 95% 9 a 15; 10 ECR; 6.038 participantes; evidência de qualidade alta).
- Aumento do número de participantes que referiram 50% de redução da dor favorecendo o grupo que recebeu IRSNs (RR 1,49; IC 95% 1,35 a 1,64; NNT 11; IC 95% 9 a 15; 10 ECR; 5.994 participantes; evidência de qualidade alta).
- Redução da fadiga favorecendo o grupo que recebeu IRSNs (escala 20-100, maior pontuação significando maior fadiga) (SMD -0,14; IC 95% -0,19 a -0,08; nove ECR; 5.656 participantes; evidência de qualidade alta).
- Melhor qualidade de vida relacionada à doença favorecendo o grupo que recebeu IRSNs (escala de 0-100, quanto maior a pontuação menor a qualidade de vida referida)

(SMD -0,19; -0,24 a -0,14; NNT 12; IC 95% 9 a 17; 10 ECR; 5.987 participantes; evidência de qualidade alta).

- Maior quantidade de abandonos devido a efeitos adversos no grupo intervenção (RR 1,83, IC 95% 1,53 a 2,18; 10 ECR; 6.179 participantes; evidência de qualidade alta).

Não houve diferença estatística para o desfecho alterações de sono (SMD 0,07; IC 95% -0,16 a 0,03; 10 ECR; 5.987 participantes; evidência de qualidade alta).

Para informações adicionais, acesse o artigo original em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD010292/full>.

Lacosamida

A RS²⁹ teve como objetivo avaliar o uso da lacosamida em pacientes com dor neuropática. Foram incluídos seis ECR, mas apenas um (159 participantes) incluiu participantes com fibromialgia. Este ECR avaliou o uso de lacosamida 400 mg/dia comparado a um grupo placebo, porém os resultados (redução da dor e melhora global) foram relatados sem nenhuma análise estatística. Deste modo, qualquer conclusão sobre a efetividade da lacosamida em pacientes com fibromialgia é dependente de trabalhos futuros.

Para mais informações acesse o artigo original em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009318.pub2/full>.

Milnacipran

A revisão sistemática³⁰ avaliou a eficácia do milnacipran especificamente para dor em pacientes com fibromialgia e incluiu seis ECR (4.238 participantes) comparando milnacipran 100-200 mg *versus* placebo. Os resultados encontrados foram:

- Redução de pelo menos 50% da dor favorecendo o grupo milnacipran na dose 100 mg/dia (RR 1,6; IC 95% 1,3 a 2,0; NNT 10; IC 95% 7 a 20; dois ECR; 1.250 participantes; evidência de qualidade moderada).
- Redução de pelo menos 30% da dor favorecendo o grupo milnacipran nas doses 100 mg/dia (RR 1,4; IC 95% 1,2 a 1,6; NNT 9; IC 95% 6,5 a 15; três ECR; 1.925 participantes; evidência de qualidade alta) e 200 mg/dia (RR 1,4; IC 95% 1,2 a 1,5; NNT 10; IC 95% 7 a 18; três ECR; 1.798 participantes; evidência de qualidade alta).
- Maior número de abandonos devido a efeito adversos nas doses 100 mg/dia (RR 1,6; IC 95% 1,3 a 2,0; quatro ECR; 2.378 participantes; evidência de alta qualidade) e 200 mg/dia (RR 2,5; IC 95% 2,0 a 3,1; quatro ECR; 2.470 participantes; evidência de alta qualidade).

Para informações adicionais, acesse o artigo original em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858>.

CD008244.pub3/abstract. Atenção: Outra revisão sistemática Cochrane²⁸ avaliou o efeito deste e demais inibidores seletivos da recaptação da noradrenalina e da serotonina para outros desfechos em pacientes com fibromialgia.

Pregabalina

A revisão sistemática³¹ avaliou a efetividade da pregabalina para pacientes com fibromialgia. Oito estudos foram incluídos. Cinco estudos eram ECR (3.283 participantes) e tiveram como objetivo avaliar o uso da pregabalina 150-600 mg/dia comparada ao placebo. Houve significância estatística favorecendo o grupo que recebeu pregabalina para os seguintes desfechos:

- Redução de 50% da dor (RR 1,8; IC 95% 1,4 a 2,1; NNT 9,7; IC 95% 7,2 a 15; cinco ECR; 1.874 participantes; evidência de alta qualidade).
- Redução de 30% da dor (RR 1,5; IC 95% 1,3 a 1,7; NNT 7,2; IC 95% 5,5 a 10; cinco ECR; 1.874 participantes; evidência de alta qualidade).
- Melhora substancial do estado global referida pelo paciente (RR 1,9; IC 95% 1,5 a 2,4; NNT 12; IC 95% 9 a 20; cinco ECR; 1.869 participantes; evidência de alta qualidade).
- Menor número de pessoas que abandonaram o estudo devido à falta de eficácia (RR 0,4; IC 95% 0,2 a 0,5; cinco ECR; 1.874 participantes; evidência de alta qualidade).

O número de participantes que abandonaram o estudo devido a eventos adversos foi maior no grupo pregabalina do que no grupo placebo (RR 2,0; IC 95% 1,6 a 2,6; cinco ECR; 1.874 participantes; evidência de alta qualidade). Não houve diferença no número de eventos adversos importantes entre os grupos (RR 1,9; IC 95% 0,8 a 4,6; três ECR; 1.238 participantes; evidência de muito baixa qualidade). Não houve morte em nenhum dos dois grupos durante o período do estudo.

Para informações adicionais, acesse o artigo original em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD011790.pub2/abstract>.

Terapia cognitivo-comportamental (TCC)

A revisão³² avaliou a efetividade da terapia cognitivo-comportamental (TCC) em pacientes com fibromialgia. Foram incluídos 23 ECR (2.031 participantes). Foram avaliados vários tipos de TCC, com diferentes períodos de duração do tratamento. Os ECR também se utilizaram de vários tipos de comparadores: tratamento usual, lista de espera e outros tipos de terapia. Os resultados dos 23 ECR foram combinados em metanálises e mostraram:

- Redução estatisticamente significativa da dor (VAS 0-10) favorecendo o grupo que recebeu TCC (DMP -0,29; IC 95% -0,47 a -0,11; 20 ECR; 1.382 participantes; evidência de baixa qualidade).

- Redução estatisticamente significativa de uma escala (0-10) de depressão favorecendo o grupo que recebeu TCC (DMP -0,33; IC 95 % -0,49 a -0,17; 18 ECR; 1.578 participantes; evidência de baixa qualidade).
- Redução estatisticamente significativa em uma escala de funcionalidade (0-10, quanto maior a pontuação, menor a funcionalidade) favorecendo o grupo que recebeu TCC (DMP -0,52; IC 95% -0,86 a -0,18; nove ECR; 664 participantes; evidência de baixa qualidade).

Não houve diferença entre o número de abandonos entre o grupo que recebeu TCC e o grupo controle (RR 0,94; IC 95% 0,65 a 1,35; 21 ECR; 1.914 participantes, evidência de baixa qualidade). Os resultados devem ser interpretados com cautela devido a heterogeneidade clínica entre as intervenções combinadas e ao questionamento quanto à relevância clínica associada à significância estatística. Para informações adicionais, acesse o artigo original em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009796.pub2/full>.

Terapia de corpo e mente

O objetivo da RS³³ foi avaliar os possíveis benefícios de terapias de corpo e mente (TCM) em pacientes com fibromialgia. Foram incluídos 61 ECR (4.234 participantes). As seguintes modalidades de TCM foram comparadas com o tratamento usual: psicoterapia, terapia baseada em *biofeedback*, *mindfulness*, terapias de movimento (incluindo terapia do espelho) e relaxamento. Os principais desfechos considerados pelos autores da RS foram funcionalidade (escala 0-100, quanto menor a pontuação melhor a funcionalidade), dor (escala 0-100, quanto maior a pontuação, maior a dor) e perdas após a administração da intervenção.

Para o desfecho funcionalidade, os seguintes resultados foram obtidos:

- Melhora estatisticamente significativa da funcionalidade favorecendo o grupo que recebeu psicoterapia quando comparado à terapia usual (DMP -0,4; IC 95% -0,6 a -0,3; dez ECR; 733 participantes; evidência de qualidade baixa).
- Melhora estatisticamente significativa da funcionalidade favorecendo o grupo que recebeu relaxamento quando comparado à terapia usual (DM -8,3; IC 95% -10,1 a -6,5; dois ECR; 67 participantes; evidência de qualidade muito baixa).
- Sem diferença estatística entre os grupos que receberam terapia de *biofeedback* (DMP -0,1; IC 95% -0,4 a 0,3; dois ECR; 106 participantes; evidência de qualidade muito baixa), *mindfulness* (DMP -0,3; IC 95% -0,6 a 0,1; 2 ECR; 128 participantes; evidência de qualidade baixa) ou terapias de movimento (DMP -0,19; IC 95% -0,5 a 0,2; quatro ECR; 143 participantes; evidência de qualidade muito baixa).

Para o desfecho dor, os seguintes resultados foram obtidos:

- Redução estatisticamente significativa da dor favorecendo o grupo que recebeu psicoterapia quando comparado à terapia usual (DMP -0,3; IC 95% -0,5 a -0,2; nove ECR; 453 participantes; evidência de qualidade baixa).
- Redução estatisticamente significativa da dor favorecendo o grupo que recebeu terapias de movimento (DM -2,3; IC 95% -4,2 a -0,4; um ECR; 28 participantes; evidência de qualidade muito baixa).
- Redução estatisticamente significativa da dor favorecendo o grupo que recebeu relaxamento (DMP -1,0; IC 95% -1,6 a -0,5; dois ECR; 67 participantes; evidência de qualidade muito baixa).
- Sem diferença estatística entre os grupos que receberam terapia de *biofeedback* (DM -2,6; IC 95% -91,3 a 86,1; um ECR; 65 participantes; evidência de qualidade baixa) ou *mindfulness* (DMP -0,09; IC 95% -0,4 a 0,3; dois ECR; 128 participantes; evidência de qualidade baixa).

Houve maior número de pacientes que abandonaram o estudo após o início da intervenção nos grupos que receberam psicoterapia (RR 1,38; IC 95% 1,12 a 1,69; 22 ECR; 1.687 participantes; evidência de qualidade muito baixa), terapia de *biofeedback* (RR 4,08; IC 95% 1,43 a 11,62; três ECR; 125 participantes; evidência de qualidade muito baixa) e terapias de movimento (RR 1,95; IC 95% 1,13 a 3,38; cinco ECR; 240 participantes; evidência de qualidade muito baixa). Não houve diferença na taxa de perdas para as intervenções *mindfulness* (RR 1,07; IC 95% 0,67 a 1,72; três ECR; 195 participantes; evidência de qualidade moderada) e relaxamento (RR 4,4; IC 95% 0,59 a 33,07; um ECR; 21 participantes; evidência de qualidade muito baixa).

Para informações adicionais, acesse o artigo original em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001980.pub3/full>.

Topiramato

A revisão³⁴ avaliou o uso do topiramato em pacientes com dor neuropática e fibromialgia. Foram incluídos quatro ECR (1.684 participantes), mas nenhum deles avaliou pacientes com fibromialgia. Desta forma, nenhuma conclusão sobre a efetividade e a segurança desta droga pode ser tirada enquanto ECR com boa qualidade metodológica sejam desenvolvidos.

Para informações adicionais, acesse o artigo original em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008314.pub3/full>.

Reabilitação multidisciplinar

O objetivo principal desta RS³⁵ foi determinar a efetividade da reabilitação multidisciplinar para pacientes com

fibromialgia ou dor musculoesquelética generalizada. Foram incluídos sete ECR, porém apenas quatro (376 participantes) em pacientes com fibromialgia. Os autores da RS se propuseram a avaliar os desfechos dor, avaliação global, funcionalidade, qualidade de vida, custos em saúde e satisfação com o tratamento. Os quatro estudos incluídos apresentaram dados escassos e foram mal relatados, além de terem sido considerados com pobre qualidade metodológica. Desta forma, não foi realizada nenhuma análise numérica dos resultados obtidos pelos ECR. Nenhuma conclusão sobre a efetividade da reabilitação multidisciplinar em pacientes com fibromialgia pode ser feita enquanto ECR com boa qualidade metodológica e bem relatados sejam desenvolvidos.

Para mais informações acesse o artigo original em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001984/full>.

DISCUSSÃO

Este estudo incluiu 27 RSs que avaliaram o uso de diferentes intervenções (20 farmacológicas e 7 não farmacológicas) em pacientes com fibromialgia. Seis revisões⁹⁻¹⁴ foram consideradas “vazias” pois não incluíram nenhum ECR. Consequentemente, nenhuma conclusão de efetividade ou segurança sobre as intervenções avaliadas por estas seis revisões pôde ser feita. Outras quatro RSs^{20,25,29,35} incluíram poucos ECR, apresentando importantes inadequações do relato dos desfechos (viés de relato) e, portanto, também não forneceram dados suficientes para qualquer análise significativa sobre as intervenções consideradas.

A maior parte dos desfechos considerados pelos autores das RSs incluídas são subjetivos e avaliados geralmente por meio de escalas. Vale lembrar que mesmo uma significância estatística entre os grupos comparados pode não significar benefício clínico para o paciente em termos práticos. Como exemplo, podemos tomar o resultado do desfecho “rigidez” avaliado na comparação eletroacupuntura *versus* placebo/*sham*.¹⁵ Este desfecho foi avaliado em uma escala padronizada de

0-100 pontos, sendo que quanto maior a pontuação relatada, maior foi considerada a “rigidez”. A diferença de média padronizada entre os grupos foi de -0,45 favorecendo o grupo intervenção e o IC de 95% foi de -0,84 a -0,06. Ou seja, houve diferença de 0,45 pontos (variando de 0,84 pontos a 0,06 pontos) numa escala de 0-100 entre os grupos. Este resultado provavelmente tem pouca ou nenhuma importância clínica. Desta forma, a avaliação crítica das evidências encontradas pelas RSs incluídas neste estudo (mesmo que de alta qualidade) deve considerar não apenas a relevância estatística dos resultados, mas também sua relevância clínica.

Para possíveis implicações para a prática, as RSs incluídas demonstraram evidência de alta qualidade do uso de inibidores da recaptação da serotonina e da noradrenalina (redução de dor e fadiga e melhora da qualidade de vida) e de pregabalina (redução da dor e aumento do bem-estar global).

Para implicações para futuras pesquisas, os resultados deste estudo demonstram que muitos estudos primários ainda devem ser realizados para o esclarecimento dos efeitos que algumas das intervenções utilizadas na prática têm sobre pacientes com fibromialgia. É importante garantir que tais estudos sejam preferencialmente ensaios clínicos randomizados com boa qualidade metodológica e, de preferência, relatados de acordo com as recomendações do CONSORT *statement*.³⁷

CONCLUSÃO

Este estudo incluiu 27 revisões sistemáticas Cochrane que demonstraram evidências de qualidade desconhecida a alta para diversas intervenções em pacientes com fibromialgia. Foram relatadas evidências de alta qualidade, demonstrando alguns benefícios no uso de inibidores da recaptação da serotonina e da noradrenalina e de pregabalina para pacientes com fibromialgia. Para todas as outras intervenções consideradas pelas revisões incluídas, os resultados são insuficientes ou de baixa qualidade para qualquer conclusão prática.

REFERÊNCIAS

1. Borchers AT, Gershwin ME. Fibromyalgia: A Critical and Comprehensive Review. *Clin Rev Allergy Immunol*. 2015;49(2):100-51.
2. Wolfe F, Ross K, Anderson J, Russell IJ, Hebert L. The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis Rheum*. 1995;38(1):19-28.
3. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, et al. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2010;62(5):600-10.
4. Burgmer M, Pogatzki-Zahn E, Gaubitz M, et al. Altered brain activity during pain processing in fibromyalgia. *Neuroimage*. 2009;44(2):502-8.
5. Gracely RH, Petzke F, Wolf JM, Clauw DJ. Functional magnetic resonance imaging evidence of augmented pain processing in fibromyalgia. *Arthritis Rheum*. 2002;46(5):1333-43.

6. Macfarlane GJ, Kronisch C, Dean LE, et al. EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. *Ann Rheum Dis.* 2017;76(2):318-28.
7. Turk DC, Vierck CJ, Scarbrough E, Crofford LJ, Rudin NJ. Fibromyalgia: combining pharmacological and nonpharmacological approaches to treating the person, not just the pain. *J Pain.* 2008;9(2):99-104.
8. Sarzi-Puttini P, Buskila D, Carrabba M, Doria A, Atzeni F. Treatment strategy in fibromyalgia syndrome: where are we now? *Semin Arthritis Rheum.* 2008;37(6):353-65.
9. Gill D, Derry S, Wiffen PJ, Moore RA. Valproic acid and sodium valproate for neuropathic pain and fibromyalgia in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;(10):CD009183.
10. Wiffen PJ, Derry S, Moore RA, Kalso EA. Carbamazepine for chronic neuropathic pain and fibromyalgia in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;(4):CD005451.
11. Corrigan R, Derry S, Wiffen PJ, Moore RA. Clonazepam for neuropathic pain and fibromyalgia in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;(5):CD009486.
12. Birse F, Derry S, Moore RA. Phenytoin for neuropathic pain and fibromyalgia in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;(5):CD009485.
13. Wiffen PJ, Derry S, Moore RA. Lamotrigine for chronic neuropathic pain and fibromyalgia in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(12):CD006044.
14. Gaskell H, Moore RA, Derry S, Stannard C. Oxycodone for pain in fibromyalgia in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;9:CD012329.
15. Deare JC, Zheng Z, Xue CC, et al. Acupuncture for treating fibromyalgia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(5):CD007070.
16. Moore RA, Derry S, Aldington D, Cole P, Wiffen PJ. Amitriptyline for fibromyalgia in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2015;(7):CD011824. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD011824/pdf/abstract>. Acessado em 2017 (15 ago).
17. Üçeyler N, Sommer C, Walitt B, Häuser W. Anticonvulsants for fibromyalgia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(10):CD010782.
18. Derry S, Wiffen PJ, Häuser W, et al. Oral nonsteroidal anti-inflammatory drugs for fibromyalgia in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;3:CD012332.
19. Walitt B, Klose P, Üçeyler N, Phillips T, Häuser W. Antipsychotics for fibromyalgia in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;(6):CD011804.
20. Walitt B, Klose P, Fitzcharles MA, Phillips T, Häuser W. Cannabinoids for fibromyalgia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;7:CD011694.
21. Lunn MP, Hughes RA, Wiffen PJ. Duloxetine for treating painful neuropathy, chronic pain or fibromyalgia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;(1):CD007115.
22. Bidonde J, Busch AJ, Webber SC, et al. Aquatic exercise training for fibromyalgia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;(10):CD011336.
23. Busch AJ, Barber KA, Overend TJ, Peloso PM, Schachter CL. Exercise for treating fibromyalgia syndrome. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;(4):CD003786.
24. Busch AJ, Webber SC, Richards RS, et al. Resistance exercise training for fibromyalgia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(12):CD010884.
25. Cooper TE, Derry S, Wiffen PJ, Moore RA. Gabapentin for fibromyalgia pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;1:CD012188.
26. Walitt B, Urrútia G, Nishishinya MB, Cantrell SE, Häuser W. Selective serotonin reuptake inhibitors for fibromyalgia syndrome. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(6):CD011735.
27. Tort S, Urrútia G, Nishishinya MB, Walitt B. Monoamine oxidase inhibitors (MAOIs) for fibromyalgia syndrome. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;(4):CD009807.
28. Häuser W, Urrútia G, Tort S, Üçeyler N, Walitt B. Serotonin and noradrenaline reuptake inhibitors (SNRIs) for fibromyalgia syndrome. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(1):CD010292.
29. Hearn L, Derry S, Moore RA. Lacosamide for neuropathic pain and fibromyalgia in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;(2):CD009318.
30. Cording M, Derry S, Phillips T, Moore RA, Wiffen PJ. Milnacipran for pain in fibromyalgia in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(10):CD008244.
31. Derry S, Cording M, Wiffen PJ, et al. Pregabalin for pain in fibromyalgia in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;9:CD011790.
32. Bernardy K, Klose P, Busch AJ, Choy EH, Häuser W. Cognitive behavioural therapies for fibromyalgia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(9):CD009796.
33. Theadom A, Cropley M, Smith HE, Feigin VL, McPherson K. Mind and body therapy for fibromyalgia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(4):CD001980.
34. Wiffen PJ, Derry S, Lunn MP, Moore RA. Topiramate for neuropathic pain and fibromyalgia in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(8):CD008314.
35. Karjalainen KA, Malmivaara A, van Tulder MW, et al. Multidisciplinary rehabilitation for fibromyalgia and musculoskeletal pain in working age adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000;(2):CD001984.
36. Atkins D, Best D, Briss PA, et al. Grading quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ.* 2004;328(7454):1490.
37. Schulz KF, Altman DG, Moher D; CONSORT Group. CONSORT 2010 statement: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *BMJ.* 2010;340:c332.

REVISTA

DIAGNÓSTICO & TRATAMENTO

INDEXAÇÃO E ESCOPO

A Revista Diagnóstico & Tratamento (ISSN 1413-9979) tem por objetivo oferecer atualização médica, baseada nas melhores evidências disponíveis, em artigos escritos por especialistas. Seus artigos são indexados na base de dados Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde). São aceitos artigos originais (ensaios clínicos, estudos coorte, estudos caso-controlado, revisões sistemáticas, estudos transversais, avaliações econômicas), relatos de caso, revisões narrativas da literatura (artigos de atualização) e cartas ao editor, que devem enquadrar-se nas normas editoriais dos manuscritos submetidos a revistas biomédicas (do International Committee of Medical Journal Editors¹).

POLÍTICAS E PROCEDIMENTOS DA REVISTA

Após o recebimento do manuscrito pelo setor de Publicações Científicas, os autores receberão um número de protocolo que servirá para manter o bom entendimento entre os autores e o setor. Em seguida, o artigo será lido pelo editor, que verificará se está de acordo com a política e o interesse da revista. Em caso afirmativo, o setor de Publicações Científicas vai verificar se o texto cumpre as normas de publicação expressas nestas Instruções para Autores. Se o texto estiver incompleto ou se não estiver organizado como exigido, os autores deverão resolver os problemas e submetê-lo novamente.

Quando o formato estiver aceitável, o setor enviará o trabalho para a revisão por pares, na qual os revisores não assinarão seus veredictos e não conhecerão os nomes dos autores do trabalho. Cada manuscrito será avaliado por dois revisores: um especialista no assunto e um consultor *ad hoc* (que vai avaliar aspectos metodológicos do trabalho); as discordâncias serão resolvidas pelos editores.

Os autores então receberão a avaliação e será solicitado que resolvam os problemas apontados. Uma vez que o setor de Publicações Científicas receba o texto novamente, o artigo será enviado ao editor científico e revisor de provas, que identificará problemas na construção de frases, ortografia, gramática, referências bibliográficas e outros. Os autores deverão providenciar todas as informações e correções solicitadas e deverão marcar, no texto, todos os pontos em que realizaram modificações, utilizando cores diferentes ou sistemas eletrônicos de marcação de alterações, de maneira que elas fiquem evidentes.

Quando o texto for considerado aceitável para publicação, e só então, entrará na pauta. O setor de Publicações Científicas fornecerá uma prova, incluindo Tabelas e Figuras, para que os autores aprovem. Nenhum artigo é publicado sem este último procedimento.

INSTRUÇÕES PARA AUTORES

Diretriz geral: para todos os tipos de artigos

Os artigos devem ser submetidos exclusivamente pela internet para o e-mail revistas@apm.org.br e/ou publicacoes@apm.org.br.

O manuscrito deve ser submetido em português e deve conter um resumo e cinco palavras-chave em português, que devem ser selecionadas das listas DeCS (Descritores em Ciências da Saúde), conforme explicado em detalhes abaixo (nenhuma outra palavra-chave será aceita).

Artigos submetidos devem ser originais e todos os autores precisam declarar que o texto não foi e não será submetido para publicação em outra revista. Artigos envolvendo seres humanos (individual ou coletivamente, direta ou indireta ou indiretamente, total ou parcialmente, incluindo o gerenciamento de informações e materiais) devem ser acompanhados de uma cópia da autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde o experimento foi realizado.

Todo artigo submetido deve cumprir os padrões editoriais estabelecidos na Convenção de Vancouver (Requerimentos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas),¹ e as diretrizes de qualidade para relatórios de estudos clínicos,² revisões sistemáticas (com ou sem metanálises)³ e estudos observacionais.⁴ O estilo conhecido como "estilo Vancouver" deve ser usado não somente quanto ao formato de referências, mas para todo o texto. Os editores recomendam que os autores se familiarizem com esse estilo acessando www.icmje.org.

Para a classificação dos níveis de evidência e graus de recomendação de evidências, a Revista Diagnóstico e Tratamento adota a nova classificação elaborada pelo Centro de Medicina Baseada em Evidências de Oxford (Centre for Evidence-Based Medicine - CEBM) e disponível em http://www.cebm.net/mod_product/design/files/CEBM-Levels-of-Evidence-2.pdf. Abreviações não devem ser empregadas, mesmo as que são de uso comum. Drogas ou medicações devem ser citadas usando-se os nomes genéricos, evitando-se a menção desnecessária a marcas ou nomes comerciais. Qualquer produto citado no capítulo de Métodos, tal como equipamento diagnóstico, testes, reagentes, instrumentos, utensílios, próteses, órteses e dispositivos intraoperatórios devem ser descritos juntamente como o nome do fabricante e o local (cidade e país) de produção entre parênteses. Medicamentos administrados devem ser descritos pelo nome genérico (não a marca), seguidos da dosagem e posologia.

Para qualquer tipo de estudo, todas as afirmações no texto que não sejam resultado da pesquisa apresentada para publicação à revista Diagnóstico & Tratamento, mas sim dados de outras pesquisas já publicadas em outros locais, devem ser acompanhadas de citações da literatura pertinente.

Os relatos de caso e as revisões narrativas deverão conter uma busca sistematizada (atenção: o que é diferente de uma revisão sistemática) do assunto apresentado, realizada nas principais bases de dados (Cochrane Library, Embase, Lilacs, PubMed, outras bases específicas do tema).

Bolsas, apoios e qualquer suporte financeiro a estudos devem ser mencionados separadamente na última página. Agradecimentos, se necessário, devem ser colocados após as referências bibliográficas.

A Diagnóstico & Tratamento apóia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação, a partir de 2007, os artigos de pesquisa clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE (<http://www.icmje.org/>). O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

FORMATO

Primeira página (capa)

A primeira página deve conter:

- 1) classificação do artigo (original, revisão narrativa da literatura, relato de caso e carta ao editor);
- 2) o título do artigo, que deverá ser conciso, mas informativo;
- 3) o nome de cada autor (a política editorial da revista Diagnóstico & Tratamento é não utilizar abreviações dos nomes dos autores. Assim, solicitamos que os nomes sejam enviados completos), sua titulação acadêmica mais alta e a instituição onde trabalha;
- 4) o local onde o trabalho foi desenvolvido;

Segunda página

Artigos originais: a segunda página, neste caso, deve conter um resumo⁵ (máximo de 250 palavras) estruturado da seguinte forma:

- 1) contexto e objetivo;
- 2) desenho e local (onde o estudo se desenvolveu);
- 3) métodos (descritos em detalhes);
- 4) resultados;
- 5) discussão;
- 6) conclusões.

Relatos de caso: devem conter um resumo⁵ (máximo de 250 palavras) estruturado da seguinte forma:

- 1) contexto;
- 2) descrição do caso;
- 3) discussão;
- 4) conclusões.

Revisão da narrativa da literatura: deve conter um resumo (máximo de 250 palavras) com formato livre.

O resumo deve conter cinco palavras-chave, que devem ser escolhidas a partir dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), desenvolvidos pela Bireme, que estão disponíveis na internet (<http://decs.bvs.br/>).⁶

Referências

As referências bibliográficas (no estilo “Vancouver”, como indicado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Biomédicas, ICMJE) devem ser dispostas na parte final do artigo e numeradas de acordo com a ordem de citação. Os números das citações devem ser inseridos após pontos finais ou vírgulas nas frases, e sobrescritos (sem parênteses ou colchetes). Referências citadas nas legendas de Tabelas e Figuras devem manter a sequência com as referências citadas no texto. Todos os autores devem ser citados se houver menos de seis; se houver mais de seis autores, os primeiros três devem ser citados seguidos de “et al.” Para livros, a cidade de publicação e o nome da editora são indispensáveis. Para textos publicados na internet, a fonte localizadora completa (URL) ou endereço completo é necessário (não apenas a página principal ou *link*), de maneira que, copiando o endereço completo em seus programas para navegação na internet, os leitores possam ser levados diretamente ao documento citado, e não a um site geral. A seguir estão dispostos alguns exemplos dos tipos mais comuns de referências:

• Artigo em periódico

Lahita R, Kluger J, Drayer DE, Koffler D, Reidenberg MM. Antibodies

to nuclear antigens in patients treated with procainamide or acetylprocainamide. *N Engl J Med.* 1979;301(25):1382-5.

• Livro

Styne DM, Brook CGD. *Current concepts in pediatric endocrinology.* New York: Elsevier; 1987.

• Capítulo de livro

Reppert SM. Circadian rhythms: basic aspects and pediatric implications. In: Styne DM, Brook CGD, editors. *Current concepts in pediatric endocrinology.* New York: Elsevier; 1987. p. 91-125.

• Texto na internet

World Health Organization. WHO calls for protection of women and girls from tobacco. Disponível em: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2010/women_tobacco_20100528/en/index.html. Acessado em 2010 (8 jun).

• Dissertações e teses

Neves SRB. Distribuição da proteína IMPACT em encéfalos de camundongos, ratos e saguis. [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de São Paulo; 2009.

Última página

A última página deve conter:

- 1) a data e o local do evento no qual o artigo foi apresentado, se aplicável, como congressos ou defesas de dissertações ou teses;
- 2) fontes de apoio na forma de suporte financeiro, equipamentos ou drogas e número do protocolo;
- 3) descrição de qualquer conflito de interesse por parte dos autores;
- 4) endereço completo, e-mail e telefone do autor a ser contatado quanto à publicação na revista.

Figuras e tabelas

As imagens devem ter boa resolução (mínimo de 300 DPI) e ser gravadas em formato “jpg” ou “tif”. Imagens não devem ser incluídas em documentos do Microsoft PowerPoint. Se as fotografias forem inseridas num documento Microsoft Word, as imagens também devem ser enviadas separadamente. Gráficos devem ser preparados com o Microsoft Excel (não devem ser enviados como imagem) e devem ser acompanhados das tabelas de dados a partir dos quais foram gerados. O número de ilustrações não deve exceder o número total de páginas menos um.

Todas as figuras e tabelas devem conter legendas ou títulos que descrevam precisamente seu conteúdo e o contexto ou amostra a partir da qual a informação foi obtida (por exemplo, quais foram os resultados apresentados e qual foi o tipo de amostra e local). A legenda ou título devem ser curtos, mas compreensíveis independentemente da leitura do artigo.

O MANUSCRITO

Relatos de caso devem conter Introdução, Descrição do Caso, Discussão (contendo a busca sistematizada sobre o tema) e Conclusão.

Artigos originais e revisões narrativas devem ser estruturados de maneira que contenham as seguintes partes: Introdução, Objetivo, Método, Resultados, Discussão e Conclusão. A Revista publica revisões narrativas desde que contenham busca sistematizada da literatura. O texto não deve exceder 2.200 palavras (excluindo tabelas, figuras e referências), da introdução até o final da conclusão. A estrutura do documento deve seguir o formato abaixo:

1. Introdução: as razões para que o estudo fosse realizado devem ser explicitadas, descrevendo-se o atual estado da arte do assunto. Deve ser descrito o contexto, o que se sabe a respeito. Aqui não devem ser inseridos resultados ou conclusões do estudo. No último parágrafo, deve ser especificada a principal questão do estudo e a principal hipótese, se houver. Não se deve fazer discussões sobre a literatura na introdução; a seção de introdução deve ser curta.

2. Objetivo: deve ser descrito o principal objetivo do estudo, brevemente. Hipóteses pré-estabelecidas devem ser descritas claramente. De preferência deve-se estruturar a pergunta do estudo no formato "PICO", onde P é a população ou problema, I é intervenção ou fator de risco, C é o grupo controle e O vem de "outcome", ou desfecho.

3. Métodos

3.1. *Tipo de estudo:* deve-se descrever o desenho do estudo, adequado para responder a pergunta, e especificando, se apropriado, o tipo de randomização, cegamento, padrões de testes diagnósticos e a direção temporal (se retrospectivo ou prospectivo). Por exemplo: "estudo clínico randomizado", "estudo clínico duplo-cego controlado por placebo", "estudo de acurácia", "relato de caso"

3.2. *Local:* deve ser indicado o local onde o estudo foi desenvolvido, o tipo de instituição: se primária ou terciária, se hospital público ou privado. Deve-se evitar o nome da instituição onde o estudo foi desenvolvido (para cegamento do texto para revisão): apenas o tipo de instituição deve ficar claro. Por exemplo: hospital universitário público.

3.3. *Amostra, participantes ou pacientes:* devem ser descritos os critérios de elegibilidade para os participantes (de inclusão e exclusão), as fontes e os procedimentos de seleção ou recrutamento. Em estudos de caso-controle, a lógica de distribuição de casos como casos e controles como controles deve ser descrita, assim como a forma de pareamento. O número de participantes no início e no final do estudo (após exclusões) deve ficar claro.

3.4. *Tamanho de amostra e análise estatística:* descrever o cálculo do tamanho da amostra, a análise estatística planejada, os testes utilizados e o nível de significância, e também qualquer análise *post hoc*. Descrever os métodos usados para o controle de variáveis e fatores de confusão, como se lidou com dados faltantes ("missing data") e como se lidou com casos cujo acompanhamento foi perdido ("loss from follow-up").

3.5. *Randomização:* descrever qual foi o método usado para implementação da alocação de sequência aleatória (por exemplo, "envelopes selados contendo sequências aleatórias de números gerados por computador"). Adicionalmente, descrever quem gerou a sequência aleatória, quem alocou participantes nos grupos (no caso de estudos controlados) e quem os recrutou.

3.6. *Procedimentos de intervenção, teste diagnóstico ou exposição:* descrever quais as principais características da intervenção, incluindo o método, o período e a duração de sua administração ou de coleta de dados. Descrever as diferenças nas intervenções administradas a cada grupo (se a pesquisa é controlada).

3.7. *Principais medidas, variáveis e desfecho:* descrever o método de medida do principal resultado, da maneira pela qual foi planejado antes da coleta de dados. Afirmar quais são os desfechos primário e secundário esperados. Para cada variável de interesse, detalhar os métodos de avaliação. Se a hipótese do estudo foi formulada durante ou após a coleta de dados (não antes), isso deve ser declarado. Descrever os métodos utilizados para melhorar a qualidade das medidas (por exemplo, múltiplos observadores, treinamento etc.). Explicar como se lidou com as variáveis quantitativas na análise.

4. Resultados: descrever os principais achados. Se possível, estes devem conter os intervalos de confiança de 95% e o exato

nível de significância estatística. Para estudos comparativos, o intervalo de confiança para as diferenças deve ser afirmado.

4.1. *Fluxo de participantes:* descreva o fluxo dos participantes em cada fase do estudo (inclusões e exclusões), o período de acompanhamento e o número de participantes que concluiu o estudo (ou com acompanhamento perdido). Considerar usar um fluxograma. Se houver análise do tipo "intenção de tratar", esta deve ser descrita.

4.2. *Desvios:* se houve qualquer desvio do protocolo, fora do que foi inicialmente planejado, ele deve ser descrito, assim como as razões para o acontecimento.

4.3. *Efeitos adversos:* devem ser descritos quaisquer efeitos ou eventos adversos ou complicações.

5. Discussão: deve seguir a sequência: começar com um resumo dos objetivos e das conclusões mais relevantes; comparar métodos e resultados com a literatura; enfatizar os pontos fortes da metodologia aplicada; explicar possíveis pontos fracos e vieses; incluir implicações para a prática clínica e implicações para pesquisas futuras.

6. Conclusões: especificar apenas as conclusões que podem ser sustentadas, junto com a significância clínica (evitando excessiva generalização). Tirar conclusões baseadas nos objetivos e hipóteses do estudo. A mesma ênfase deve ser dada a estudos com resultados negativos ou positivos.

CARTAS AO EDITOR

É uma parte da revista destinada à recepção de comentários e críticas e/ou sugestões sobre assuntos abordados na revista ou outros que mereçam destaque. Tem formato livre e não segue as recomendações anteriores destinadas aos artigos originais, relatos de casos e revisão da literatura.

DOCUMENTOS CITADOS

1. International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. Disponível em: http://www.icmje.org/urm_main.html. Acessado em 2010 (7 jun).
2. CONSORT Transparent Reporting of Trials. Welcome to the CONSORT statement website. Disponível em: <http://www.consort-statement.org>. Acessado em 2010 (7 jun).
3. Moher D, Cook DJ, Eastwood S, Olkin I, Rennie D, Stroup DF. Improving the quality of reports of meta-analyses of randomised controlled trials: the QUOROM statement. Quality of Reporting of Meta-analyses. *Lancet*. 1999;354(9193):1896-900.
4. STROBE Statement Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology. Checklist on items that should be included in reports of observational studies. Disponível em: http://www.strobe-statement.org/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&file=fileadmin/Strobe/uploads/checklists/STROBE_checklist_v4_combined.pdf&t=1257007091&hash=7713ea8f7f2662b288689b3dab40c1cb. Acessado em 2010 (7 jun).
5. Haynes RB, Mulrow CD, Huth EJ, Altman DG, Gardner MJ. More informative abstracts revisited. *Ann Intern Med*. 1990;113(1):69-76.
6. BVS Biblioteca Virtual em Saúde. Descritores em Ciências da Saúde. Disponível em: <http://decs.bvs.br/>. Acessado em 2010 (7 jun).

Vem aí o...



I CONGRESSO BRASILEIRO DE NEUROGENÉTICA

ACADEMIA BRASILEIRA DE NEUROLOGIA

23 e 24 de março de 2018

Hotel Tivoli Mofarrej
São Paulo, SP

Confira os principais temas do evento:

- Orientações para diagnóstico das doenças neurológicas de origem genética
- Aconselhamento genético
- Doenças neurológicas hereditárias da infância
- Tratamento das principais doenças neurogenéticas
- Demências hereditárias
- Transtorno do movimento e genética
- Diagnóstico das doenças genéticas através de imagem
- Tratamentos modificadores da doença: exon skipping, RNAi, oligonucleotídeo antisense, reposição enzimática
- Atualização sobre doenças mitocondriais
- Doenças por expansão das poliglutaminas (SCAs e Huntington)
- Sequenciamento do Genoma para o diagnóstico de doenças neurológicas genéticas
- Genética do tremor essencial
- Genética da esclerose lateral amiotrófica e outras doenças neuromusculares
- Miopatias hereditárias
- Ataxias e paraparesias espásticas hereditárias

Comissão Organizadora:

Dr. Fernando Kok, Dr. José Luiz Pedroso, Dr. Marcondes França Jr e Dra. Sarah Teixeira Camargo

Garanta já o seu lugar no evento. Acesse:

Programação sujeita a alteração

www.apm.org.br/eventos/neurogenetica



E INSCREVA-SE!

LOCAL / INFORMAÇÃO / INSCRIÇÃO

HOTEL TIVOLI MOFARREJ

Al. Santos, 1437 - Cerqueira César - São Paulo / SP

Tel.: (11) 3188-4281

inscricoes@apm.org.br | www.apm.org.br

CERTIFICAÇÃO



PATROCÍNIO DIAMANTE

BIOMARIN

ORGANIZAÇÃO E COMERCIALIZAÇÃO



REALIZAÇÃO





ISSN 1516-3180

SÃO PAULO

Medical Journal

EVIDENCE FOR HEALTH CARE

São Paulo Medical Journal Evidence for Health Care, 2016 October 6; 134(6):69-577

December 1 - Volume 134 - Number 6

Medline, LILACS, SciELO, Science Citation Index Expanded, Journal Citation Reports/Sciences Edition (impact factor 0.955) and EBSCO Publishing

Cross-sectional study:

- Prevalence of vitamin B12 deficiency in type 2 diabetic patients using metformin

Cross-sectional study:

- Cutoffs and cardiovascular risk factors associated with neck circumference among community-dwelling elderly adults

Cross-cultural validation study:

- Body Dysmorphic Symptoms Scale for patients seeking esthetic surgery

Prospective community-based cohort:

- A Brazilian community-based cohort study of stroke mortality and morbidity

Vista interna do Teatro Municipal de São Paulo
AlfRibeiro /shutterstock.com

São Paulo Medical Journal does not charge authors for publication.

APM ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA

Federada da AMB Associação Médica Brasileira



A Revista São Paulo Medical Journal está indexada nas principais bases de dados, e se baseia nas mais autênticas evidências científicas para oferecer artigos e atualização para a classe médica.

A revista também está disponível gratuitamente em aplicativo para smartphones e tablets (iOS e Android). Faça o download dos aplicativos e tenha acesso aos conteúdos ao alcance das mãos. Acesse o Portal da APM e saiba mais: www.apm.org.br.



Água, luz e plano de saúde de qualidade: não dá para ficar sem.

Você sabe, ter plano de saúde nos dias de hoje é item de primeira necessidade: não dá para ficar sem.

Por isso, a Qualicorp e a APM oferecem excelentes opções em condições imperdíveis para você, médico.

Planos a partir de

R\$ **218**¹



Não fique sem plano de saúde. Ligue agora.

0800 799 3003
www.qualicorp.com.br/anuncio



Bradesco Saúde:
ANS nº 005711

SulAmérica:
ANS nº 006246

Qualicorp
Adm. de Benefícios:
ANS nº 417173

1R\$ 217,35 - Exato Adesão Trad. 16 F AHO QC COP (registro na ANS nº 476.942/16-2), da SulAmérica Saúde, faixa etária até 18 anos, com coparticipação e acomodação coletiva (tabela de julho/2017 - SP). Planos de saúde coletivos por adesão, conforme as regras da ANS. Informações resumidas. A comercialização dos planos respeita a área de abrangência das respectivas operadoras de saúde. Os preços e as redes estão sujeitos a alterações, por parte das respectivas operadoras de saúde, respeitadas as disposições contratuais e legais (Lei nº 9.656/98). Condições contratuais disponíveis para análise. Outubro/2017.

Siga a Qualicorp:

