



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2009/2010

Cristina Alexandra Pires Correia

Relatório de Estágio em
Medicina Comunitária

Junho, 2010

FMUP



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Cristina Alexandra Pires Correia

Relatório de Estágio em
Medicina Comunitária

Mestrado Integrado em Medicina

Área: Medicina Geral e Familiar

Trabalho efectuado sobre a Orientação de:

Dra. Graça Veiga

Junho, 2010

FMUP

Nome: Cristina Alexandra Pires Correia

Endereço electrónico: m04156@med.up.pt

Título da Dissertação/Monografia/Relatório de Estágio: Relatório de Estágio em
Medicina Comunitária

Nome completo do Orientador: Maria Graça Veiga

Nome completo do Co-Orientador: _____

Ano de conclusão: 6º ano

Designação da área do projecto de opção:

Medicina Comunitária

É autorizada a reprodução integral deste Relatório de Estágio apenas para efeitos de investigação, mediante declaração escrita do interessado, que a tal se compromete.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, ____/____/____

Assinatura: _____

Eu, Cristina Alexandra Pires Correia, abaixo assinado, nº mecanográfico 040801156, aluno do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, declaro ter actuado com absoluta integridade na elaboração deste projecto de opção.

Neste sentido, confirmo que NÃO incorri em plágio (acto pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria de um determinado trabalho intelectual, ou partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores, foram referenciadas, ou redigidas com novas palavras, tendo colocado, neste caso, a citação da fonte bibliográfica.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, ____/____/____

Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

Agradecimentos pela disponibilidade e colaboração prestada:

Dra. Graça Veiga, Equipa de Enfermagem, Auxiliares de apoio e vigilância e Administrativos do Centro de Saúde São João.

Dra. Conceição Torres, Equipa de Enfermagem e Administrativos da Unidade de Saúde Familiar de Pedrouços.

Prof. Doutor Alberto Hespanhol, regente da disciplina de Medicina Comunitária.

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – RELATÓRIO DE ESTÁGIO

RESUMO

Este Relatório integra uma descrição e reflexão crítica das experiências proporcionadas pela Residência de Medicina Comunitária, salientando os resultados pedagógicos adquiridos a partir das actividades desenvolvidas e das aptidões exploradas. Deste modo, constitui uma fonte de informação para discentes e docentes das possibilidades de aprendizagem durante a prática deste estágio.

Os **objectivos** que fundamentaram a realização deste projecto de opção englobam: a caracterização dos Centros de Saúde (CS) estagiados durante a Residência; a exposição das actividades realizadas e do contacto com outras instituições dos Cuidados de Saúde Primários (CSP); a percepção dos problemas mais frequentes ao nível dos CS, e o reconhecimento do papel da Medicina Geral e Familiar (MGF) no ensino pré-graduado de Medicina.

O estágio incluiu a participação em seminários e, a nível dos CS, a realização orientada de consulta aberta e respectivos registos, elaboração de uma reflexão sobre “Crises de Ansiedade”, colheita de história clínica no contexto da MGF, elaboração de um panfleto sobre “Artrite Reumatóide”, aprendizagem de procedimentos nas salas de Enfermagem e acompanhamento de visitas domiciliárias. O relatório comporta ainda a exposição dos problemas mais prevalentes na consulta programada e não programada, bem como uma caracterização de duas amostras da população hipertensa de ambos os CS, no que diz respeito a alguns factores de risco.

Como conclusão, salienta-se o contacto enriquecedor com a MGF e seu conteúdo curricular, na prevenção da doença e promoção da saúde, aspectos fundamentais no desenvolvimento profissional e pessoal de um médico em formação.

PRIMARY HEALTH CARE – INTERNSHIP REPORT

ABSTRACT

This report includes a description and critical reflection of the experience offered by the Community Medicine Residency Program, highlighting the pedagogical results obtained from the activities and skills explored. As such it represents a source of information for students and teachers of learning opportunities during practice this stage

The objectives that motivated the stage include: the characterization of the Health Centers (HC) staged during the residency, the exposure of activities and contact with other institutions of Primary Health Care (PHC), the perception of problems common to level of CS, and recognition of the role of Family Medicine (FM) in pre-graduate Medicine.

The training included participation in seminars, and at the level of HC, the performance-oriented consultation, preparation of a discussion on "Anxiety Attacks", collection of clinical history in the context of FGM, production of a pamphlet on "Rheumatoid Arthritis", learning of procedures in the rooms at nursing rooms and accomplishment of domiciliary visits. The report also contains the exhibition of the most prevalent in consultation scheduled and unscheduled, and characterization of two samples of the hypertensive population in both IC, with respect to some risk factors.

In conclusion, we highlight the enriching contact with the MF and its curriculum content, in preventing disease and promoting health, fundamental aspects in the professional and personal development of a physician in training.

ÍNDICE

Lista de Siglas	5
Lista de Figuras e Tabelas	5
Introdução e Enquadramento	6
• Motivação e Oportunidade	6
• Objectivos do trabalho	8
• Caracterização dos Centros de Saúde	9
Descrição das Actividades	12
• Seminários	12
• Actividades nos Centros de Saúde	12
• Visita a instituição de Cuidados de Saúde Primários	14
• Tarefas desenvolvidas.....	14
Conclusões	21
Bibliografia	23
Apêndice I – Cronograma do Estágio	25
Apêndice II – Reflexão	26
Apêndice III –Fluxograma	30
Apêndice IV – Panfleto.....	33
Apêndice V – História clínica	34
Apêndice VI –Registo de Consultas.....	56
Anexo I – Categorias da ICPC-2	92

SIGLAS

ARN	Administração Regional de Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CDP	Centro de Diagnóstico Pneumológico do Porto
CS	Centro(s) de Saúde
CSP	Cuidados de Saúde Primários
CSS	Cuidados de Saúde Secundários
CSSJ	Centro de Saúde São João
FMUP	Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
HTA	Hipertensão arterial
MC	Medicina Comunitária
MGF	Medicina Geral e Familiar
USF	Unidade de Saúde em Família

FIGURAS E TABELAS

Tabela 1	Contacto com os CSP no Mestrado Integrado em Medicina da FMUP p. 6
Tabela 2	Caracterização dos Centros de Saúde p.9
Tabela 3	Comparação dos recursos (humanos e informáticos) existentes em cada CS p.10
Tabela 4	Temas dos seminários p.12
Figura 1	Comparação das pirâmides etárias de ambos os centros p. 11
Figura 2	Apresentação dos problemas encontrados na consulta, com base nas categorias da ICPC-2 p.14
Figura 3	Apresentação dos problemas encontrados na consulta, por faixa etária com base nas categorias da ICPC-2 p.15
Figura 4	Apresentação dos problemas encontrados na consulta aberta, com base nas categorias da ICPC-2 p.16
Figura 5	Distribuição da amostra da população hipertensa por faixas etárias sexo feminino p.17
Figura 6	Distribuição da amostra da população hipertensa por faixas etárias sexo feminino p.17
Figura 7	Prevalência de factores de risco na amostra de pacientes hipertensos do sexo feminino p.18
Figura 8	Prevalência de factores de risco na amostra de pacientes hipertensos do sexo masculino p.18
Figura 9	Prevalência de Hábitos tabágicos nas faixas etárias 25-44 anos e 45- 64 anos nos pacientes hipertensos e comparação com dados de prevalência na população geral - INE p.19
Figura 10	Prevalência de obesidade na faixa etária dos 55-64 anos nos pacientes hipertensos e comparação com dados de prevalência na população geral – INE p.19

INTRODUÇÃO E ENQUADRAMENTO

Este Relatório de Estágio foi elaborado no contexto do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP), no ano lectivo de 2009/2010. O relatório comporta a descrição e reflexão crítica no que diz respeito às experiências proporcionadas pela residência em Medicina Comunitária (MC), englobada no carácter profissionalizante do 6º ano do curso de Medicina. Deste modo, salienta os resultados pedagógicos adquiridos a partir das actividades desenvolvidas e das aptidões exploradas, constituindo uma fonte de informação para discentes e docentes das possibilidades de aprendizagem durante a prática deste estágio.

MOTIVAÇÃO E OPORTUNIDADE

O curso de Medicina da FMUP destaca-se pela sua organização curricular, contudo o contacto com Cuidados de Saúde Primários (CSP) é reduzido e tardio, como evidencia a tabela 1, verificando-se uma focalização mais notória nos cuidados de saúde a nível Hospitalar.

Ano lectivo	Disciplina e duração
1º ano	
2º ano	Medicina preventiva
3º ano	
4º ano	
5º ano	
6º ano	Medicina comunitária – 4 semanas Pediatria - 1 semana Saúde Pública - optativa

Tabela 1 Contacto com os CSP no Mestrado Integrado em Medicina da FMUP

Tendo em conta a actual importância dos CSP, o grau de formação dos estudantes nesta área, no seu percurso académico, poderá revelar-se limitado

A Medicina Geral e Familiar (MGF) tem como objectivo desenvolver uma abordagem centrada não só na doença, mas na pessoa e na sua família, utilizando os eficientes cuidados primários e estabelecendo uma interface com e entre as outras especialidades. Salienta-se a relação longitudinal construída ao longo do tempo com o doente, com base numa comunicação efectiva médico-doente e, sobretudo, a promoção da saúde quer através de informação directa ao utente quer pela aplicação de métodos de rastreio adequados (1).

A Residência em MC organiza-se em dois módulos, urbano e rural, realizados em Centros de Saúde (CS), cada um com a duração de duas semanas.

OBJECTIVOS DO TRABALHO

- Caracterizar os CS contactados durante o estágio, salientando semelhanças e diferenças entre ambos.
- Reconhecer o papel do estágio profissionalizante em MGF no percurso académico do aluno de Medicina.
- Descrever as actividades realizadas e seu impacto nos conhecimentos e competências clínicas adquiridos ao longo do curso de Medicina.
- Identificar os problemas de saúde mais prevalentes ao nível dos CSP.
- Identificar os problemas de saúde mais prevalentes ao nível da consulta aberta, durante o estágio.
- Compreender a articulação dos CSP com os Cuidados de Saúde Secundários (CSS) e instituições comunitárias.
- Caracterizar 2 amostras da população de hipertensos em ambos os centros de saúde, no que diz respeito a factores de risco como: Diabetes Mellitus, Hábitos tabágicos, Idade e Obesidade.

Caracterização de Centro de Saúde de São João (CSSJ) e Unidade Saúde em Família (USF)

O CSSJ, com origem num protocolo estabelecido entre a FMUP e a Administração Regional de Saúde (ARS) Norte, presta CSP a uma população de cerca de 20.000 utentes (2). Por outro lado, a USF está sediada na freguesia de Pedrouços, concelho da Maia e apresenta 10 867 utentes inscritos. A tabela 2 apresenta a caracterização de ambos os CS.

Tabela 2 Caracterização dos Centros de saúde

Características	CSSJ	USF - Pedrouços
Utentes	20 000 utentes • Residentes no concelho do Porto • Estudantes e funcionários da Universidade do Porto	10 867 utentes • Residentes nas freguesias de : Pedrouços, Águas Santas, S.Pedro de Fins e Folgosa
Atendimento	2ª a 6ª feira, das 8h00 às 20h00	
Organização de Consultas	• Consulta de Saúde Adulto • Consultas de vigilância a Grupos de risco (hipertensos e diabéticos) • Grupos vulneráveis (saúde materna, saúde infantil, planeamento familiar e vigilância oncológica) • Aberta (consulta não programada) • Psicologia • Domiciliar	• Consulta de Saúde Adulto • Consulta de saúde Infantil e Juvenil • Consulta de Planeamento familiar • Consulta de Saúde materna • Visitação domiciliária • Consulta não programada /Consulta Aberta. O Centro de Saúde da Maia e Águas Santas compromete-se a garantir que aos utentes da USF, sejam prestados serviços complementares, como Serviço Social, Consultas de Nutrição, Psicologia, Preparação para o parto, Tuberculose e Higiene Oral
Participação em actividade formativa	<u>Formação pré-graduada</u> • Medicina Preventiva do 2º ano • Medicina Comunitária do 6º ano • Alunos de enfermagem <u>Formação pós-graduada</u> • Internato Complementar de Medicina Geral e Familiar • Internatos Complementar de Pediatria	<u>Formação pré-graduada</u> • Medicina Comunitária do 6º ano <u>Formação pós-graduada</u> • Internato Complementar de Medicina Geral e Familiar
Acessibilidade física ao CS e aos Cuidados de Saúde Hospitalares	Boa acessibilidade Proximidade de rede de transportes públicos	
Referenciação	Hospitais da rede do ACES Porto Ocidental	Hospital de São João

Recursos dos CS

Ambos os CS possuem recursos e condições satisfatórias para a prática clínica, apresentando-se a comparação entre estes na tabela 3.

Características	CSSJ	USF
Recursos Humanos	10 Médicos especialistas em MGF 16 Enfermeiros* 2 Psicólogos 1 Podologista 5 Administrativos 1 Telefonista 2 Auxiliares de apoio e vigilância	6 Médicos especialistas em MGF 6 Enfermeiros 5 Administrativos 2 Auxiliares de apoio e vigilância
Recursos Informáticos	Higia, SAM, Alert P1 SINUS, DiabCare	SAM, Alert P1 SINUS, DiabCare

Tabela 3 Comparação dos recursos (humanos e informáticos) existentes em cada CS. *não a tempo integral

Destaca-se o facto de todos os registos clínicos se efectuarem em suporte informático, em ambos os centros, sendo que o programa *Higia* possibilita a monitorização e seguimento dos utentes hipertensos, com base na estratificação do seu risco cardiovascular; o programa *DiabCare* permite a monitorização dos utentes diabéticos; o *SINUS* é utilizado para propósitos administrativos e o *AlertP1* destina-se à referenciação de doentes.

Estudo demográfico dos CS

Perante a análise das pirâmides etárias das populações dos dois CS (**Figura 1**), verifica-se que a **classe etária predominante** no CSSJ corresponde à idade superior a 75 anos, no sexo feminino e dos 35 - 39 anos no sexo masculino; na USF, no sexo feminino predomina a classe etária superior a 75 anos e, no sexo masculino, a dos 30 aos 34 anos.

O Índice de Envelhecimento é de 128,32% na população do CSSJ e de 106,33% na USF, dados que reflectem o envelhecimento populacional nacional, resultante da maior longevidade e menor fecundidade, que proporcionam a “inversão” da pirâmide (3).

Regista-se, por outro lado, uma predominância do sexo feminino entre os utentes inscritos, sendo esta mais evidente no CSSJ, revelando o cálculo da **Relação de Masculinidade** um valor de 79,62% no CSSJ e um valor de 90,35% na USF.

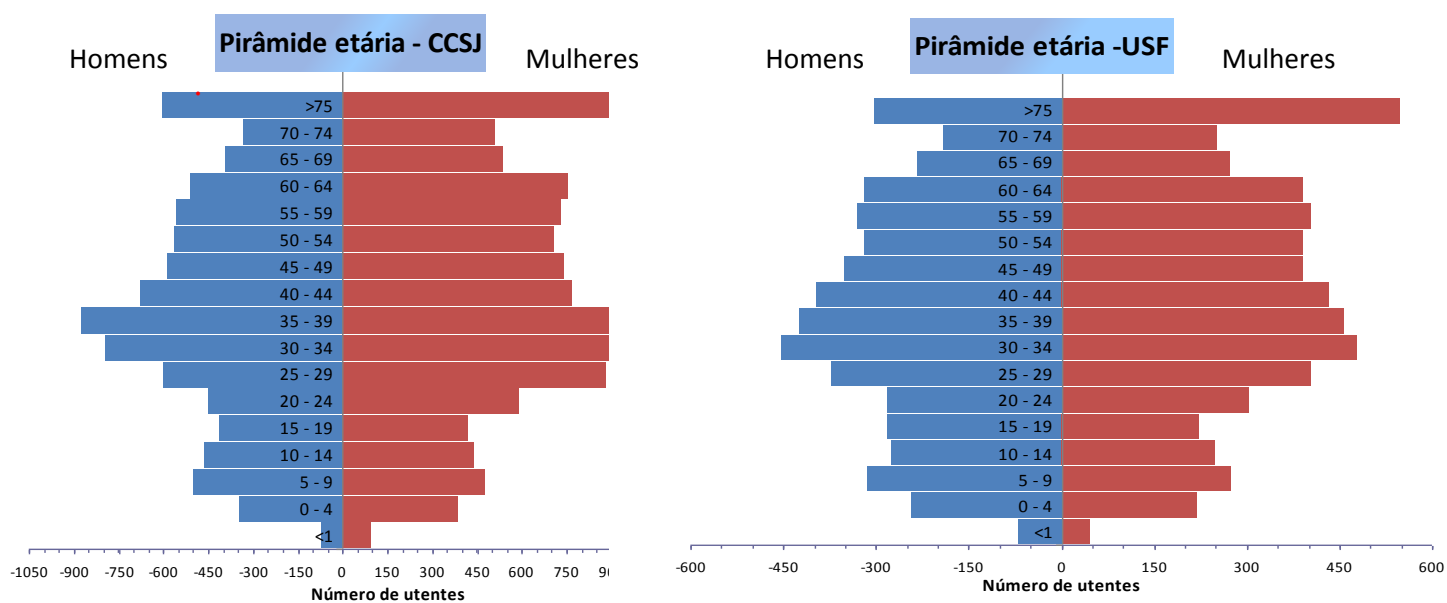


Figura 1 Comparação das pirâmides etárias de ambos os centros de saúde

DESCRIÇÃO DAS ACTIVIDADES

O estágio em MC decorreu de 26 de Outubro de 2009 até ao dia 20 de Novembro de 2009 (Calendário de Actividades em Apêndice I).

SEMINÁRIOS

A organização calendarizada do estágio em MC incluiu a participação em dois seminários, no Departamento de Clínica Geral da FMUP, no início de cada módulo e a tabela 4 resume os temas abordados.

Temas dos seminários
1. Organização do Centro de Saúde. A consulta e os registos. Consulta de grupos de risco ou vulneráveis. Rastreios. Imunizações. Saúde Pública.
2. Problemas da família. Epidemiologia da Clínica Geral. Prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças comuns.
3. Planeamento familiar. Saúde da Mulher. Saúde infantil. Saúde escolar e do adolescente.
4. Problemas dos idosos e seus cuidados. Cuidados terminais

Tabela 4 Temas dos seminários

ACTIVIDADES NOS CENTROS DE SAÚDE

Em ambos os CS, e com apoio e orientação prestada pelos tutores atribuídos, foi possível a aquisição de novas experiências em questões éticas, em aptidões de comunicação e a nível da prática clínica, contribuindo para desenvolvimento de autonomia dos alunos e integração na dinâmica dos respectivos centros de saúde.

A participação nas Consultas e seu contexto particular proporcionou a intervenção mais activa na prática clínica, com colheita e registo de respectivos dados nos diferentes programas informáticos (1, 4). Destaca-se assim a participação directa no contexto dos CSP, nomeadamente através da prevenção, rastreio, diagnóstico precoce e promoção da

saúde em áreas tão diversas como os Cuidados à Grávida, Saúde Materna, Saúde Infantil e Juvenil, Saúde do Adulto e os Cuidados ao Idoso.

Por outro lado, a participação na consulta aberta permitiu a percepção da sua importância na resposta a situações agudas, não urgentes nem emergentes, bem como a compreensão dos motivos médicos e sociais que levam o paciente a procurar o CS sem consulta agendada e da capacidade de resposta aos mesmos.

A vivência da prática clínica durante as consultas, proporcionou o tema de uma reflexão crítica em “Crises de ansiedade” (Apêndice II), bem como realização de um panfleto de educação para a saúde com o tema de “Artrite Reumatóide” (Apêndice III) e um fluxograma relacionado com “Avaliação de provas hepáticas”. (Apêndice IV). Para realização destes documentos, foi utilizada a bibliografia recomendada bem como pesquisa informática na MEDLINE.

Na colheita de uma História Clínica, fundamentada numa abordagem médica integrativa e contextualizada das queixas e patologias dos utentes e respectivas Famílias, foram utilizados instrumentos de trabalho que avaliam os recursos familiares e orientam as decisões dos profissionais de saúde.

Estes métodos baseiam-se na compreensão da relação entre os fenómenos patológicos e a história pessoal (biopatografia); da estrutura (genograma e psicofigura de Mitchel), dinâmica (círculo familiar de Thrower e dinâmica de Minuchin), e risco familiares (Imperatori), e ainda apoios familiares/sociais (classificação social de Graffard) (5,6).

A Residência possibilitou ainda a aprendizagem de procedimentos nas salas de Enfermagem, o que fundamenta a aquisição de aptidões multidisciplinares e integração dos grupos profissionais.

Na USF, o acompanhamento de duas visitas domiciliárias, revelou-se uma experiência singular de aprendizagem, permitindo reconhecer o papel do MGF na assistência a pessoas de mobilidade reduzida e em situações debilitadas.

No dia 6 de Novembro, registou-se a participação nas 2^{as} “Jornadas de patologia respiratória em medicina familiar FMUP”, em que foram abordados temas como Asma na Criança, Gripe, Tabagismo, DPOC e Insuficiência Respiratória.

No dia 19 Novembro 2009, segundo o plano calendarizado, foi visitado o Centro de Diagnóstico Pneumológico do Porto (CDP), um exemplo da importância de estratégias multidisciplinares e da intervenção social com os objectivo de prevenir, informar e prestar cuidados de saúde a grupos particulares de populações.

TAREFAS DESENVOLVIDAS

O **registo de consultas** (Apêndice VI) durante o estágio completo, permitiu não apenas reflectir a diversidade da experiência clínica com a qual foi possível estabelecer contacto, mas igualmente o reconhecimento dos **problemas** clínicos mais frequentes durante o estágio, retratados na **figura 2**, segundo as categorias da ICPC-2 (Anexo I). Os gráficos e tabelas em apêndice (VI) evidenciam a prevalência dos problemas encontrados, em diferentes faixas etárias.

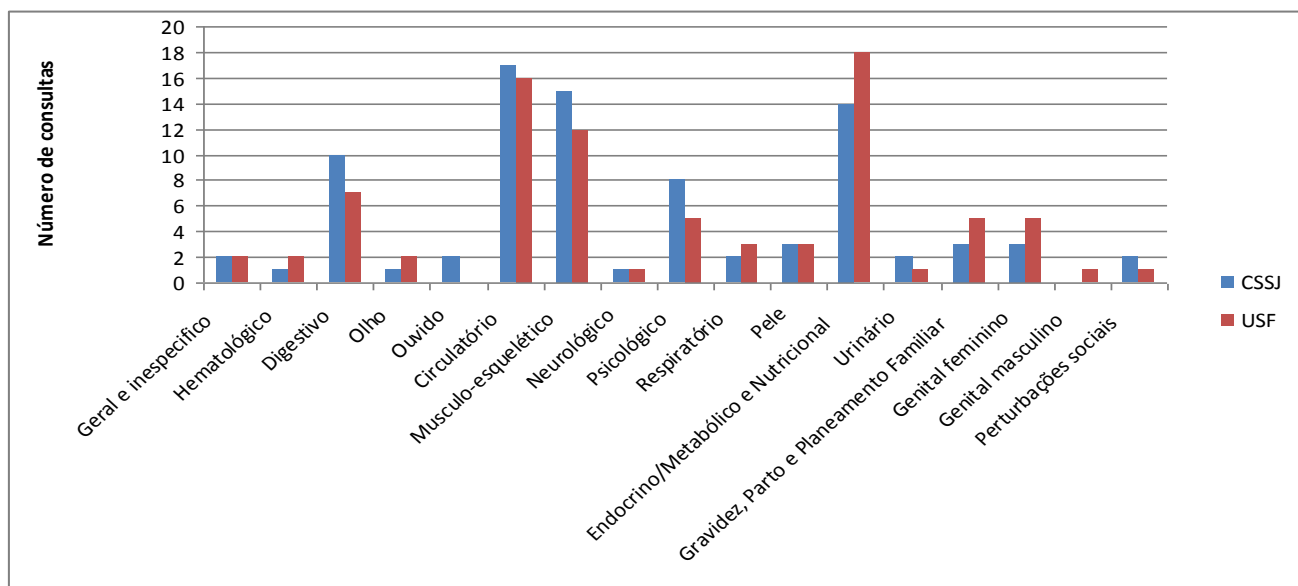


Figura 2 Apresentação dos problemas encontrados na consulta, com base nas categorias da ICPC-2

Em ambos os CS, os problemas clínicos mais frequentemente encontrados na população adulta e idosa, dizem respeito ao aparelho Circulatório (CSSJ:19,8%,

USF:19%), destacando-se a Hipertensão Arterial e ao aparelho Endócrino (CSSJ:16,3%, USF:21%), em que se salientam Diabetes **Mellitus tipo 2**, **Dislipidemia e Obesidade**. **Estes resultados** reflectem a incidência dos mesmos na população portuguesa, nomeadamente de HTA (42, 1%) (7), Diabetes Mellitus (11,6%) (8) Obesidade (38,6% tem excesso de peso e 13,8% tem obesidade) e Dislipidemia (46,3% no homem e 47,7% na mulher) (9).

Em relação ao aparelho Músculo-esquelético, é ainda de referir a frequência de **Osteoartrose**, sobretudo na população > 65 anos (Figura CSSJ:26%, USF:10%)

Regista-se uma prevalência elevada de problemas do foro psicológico, sobretudo nas faixas etárias dos 18- 44 anos na USF(20%) e dos 45-64 anos no CSSJ (18%). Observa-se uma frequência superior de problemas do foro endocrinológico na USF. (CSSJ: 16% dos 45- 65 anos ; USF: 17% dos 45- 64 anos e 32% em> 65 anos).

Na população mais jovem, destaca-se a frequência de queixas respiratórias. (CSSJ e USF 0- 17 anos, 80%) e cutâneas. (Figura 3)

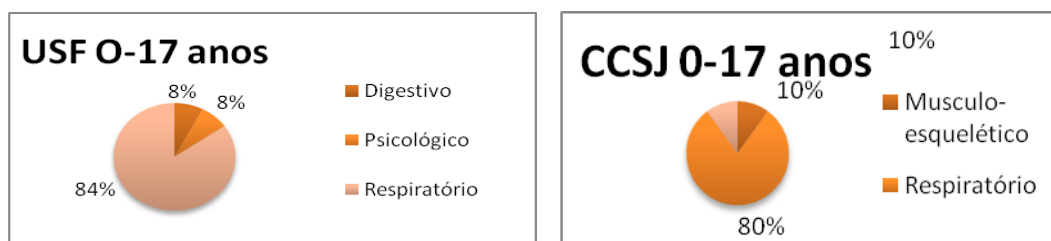


Figura 3 Apresentação dos problemas encontrados na consulta, por faixa etária com base nas categorias da ICPC-2

Relativamente às diferenças com base no género, salienta-se a predominância feminina nas queixas do aparelho músculo-esquelético e do foro psicológico.

Destaca-se ainda que 54% dos utentes das consultas na USF e 61% dos utentes das consultas da CSSJ eram do sexo feminino e que a faixa etária mais prevalente foi dos 45-64 anos.

Para ambos os CS, os principais motivos de procura da **Consulta Aberta (Figura 3)** foram os problemas do aparelho respiratório, sendo a procura mais prevalente nas

idades mais jovens, o que reflecte os condicionamentos da época do ano e a existência da pandemia gripal. Por outro lado, destaca-se um predomínio do género feminino neste tipo de consulta (70%).

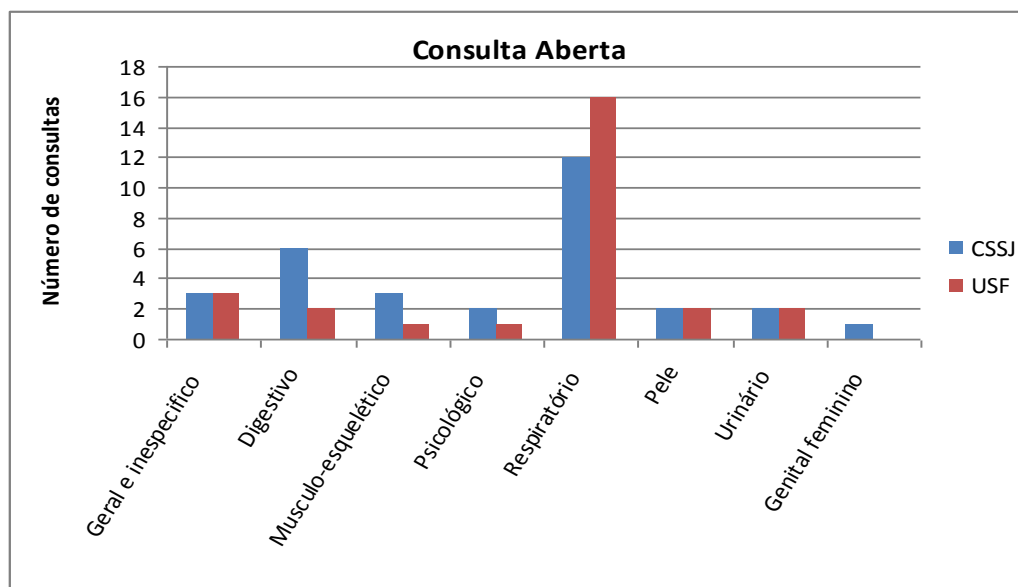


Figura 4 Apresentação dos problemas encontrados na consulta aberta, com base nas categorias da ICPC-2

ESTUDO COMPARATIVO NA POPULAÇÃO HIPERTENSA

As doenças cardiovasculares são causa de mortalidade de pelo menos 34,1% da população portuguesa, fundamentalmente como consequência do acidente vascular cerebral (AVC, 15,1%) e da doença coronária (8%) (10). Diversos estudos epidemiológicos provaram a relevante associação da hipertensão arterial (HTA) à doença coronária, AVC e insuficiência renal. Efectivamente, a HTA é o factor de risco cardiovascular modificável mais frequente, e o seu tratamento e controlo assume importância central nas estratégias preventivas (7).

Estima-se que a prevalência de HTA na população adulta portuguesa será de 42,1%, estando apenas 39,0% dos doentes hipertensos medicados com fármacos antihipertensores (aHT) e 11,2% estão controlados (7).

MÉTODOS

No contexto da abordagem de factores de risco relacionados com a HTA, foi feita uma caracterização de duas amostras da população de hipertensos de cada um dos CS, sendo estas constituídas pelos utentes hipertensos atribuídos a cada um dos tutores. A amostra do CSSJ inclui 207 indivíduos, 64 do sexo masculino e 143 do sexo feminino. A amostra da USF abrangeu 186 indivíduos, 73 do sexo masculino e 113 do sexo feminino. As variáveis analisadas foram Diabetes Mellitus, Dislipidemia, Obesidade (IMC>30), Hábitos tabágicos. Para a pesquisa de dados foi utilizado o programa SAM e o HIGIA, e a análise estatística realizou-se no Programa Microsoft Excel.

Os gráficos mostram a distribuição etária das duas amostras, reflectindo a importância da idade como factor de risco de HTA. Destaca-se, no entanto o número elevado de pacientes na faixa etária dos 50-65 anos com este problema, o que realça a importância de actuar precocemente na prevenção e tratamento da HTA.

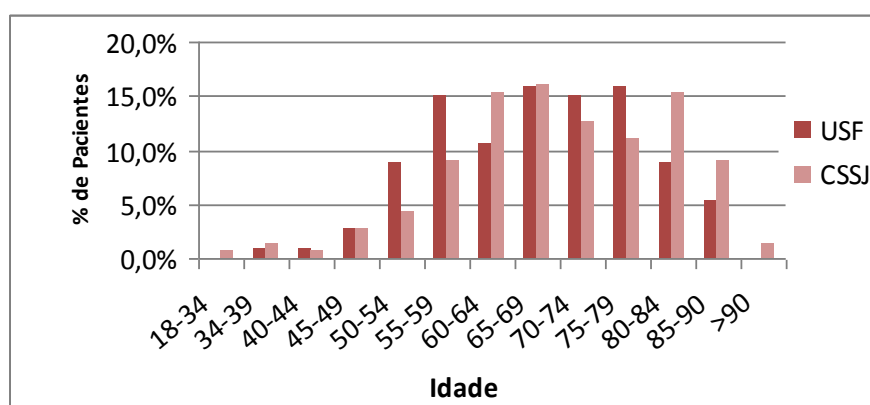


Figura 5 Distribuição da amostra da população hipertensa por faixas etárias sexo feminino

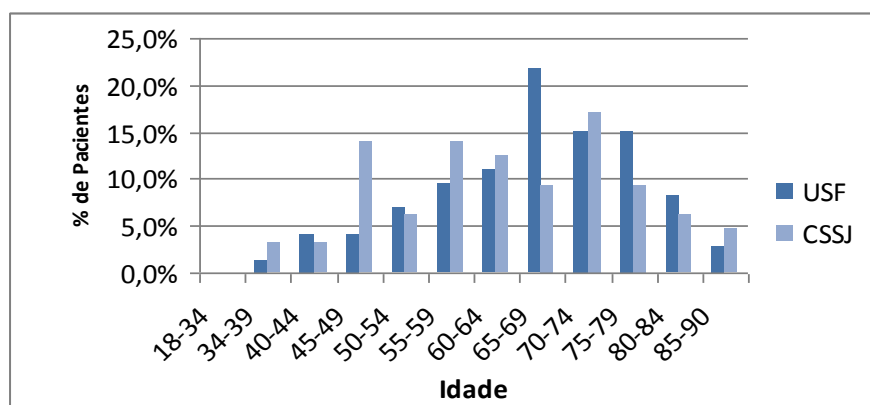


Figura 6 Distribuição da amostra da população hipertensa por faixas etárias - sexo masculino

O estudo comparativo permitiu constatar que a prevalência de DM e Dislipidemia é superior na USF, e mais acentuada no género feminino em ambas as amostras. (Diabetes Mellitus: 24,78%; Dislipidemia: 53,10%) A obesidade e os hábitos tabágicos exibem maior frequência no género masculino, sendo a primeira mais prevalente na USF (24,66%), e a segunda no CSSJ (14,06% CSSJ 9,59% USF) (Gráficos 7 e 8).

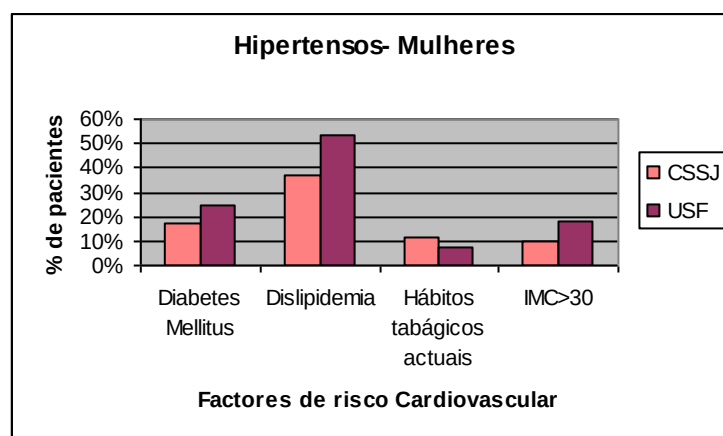


Figura 7 Prevalência de factores de risco na amostra de população de hipertensos do sexo feminino

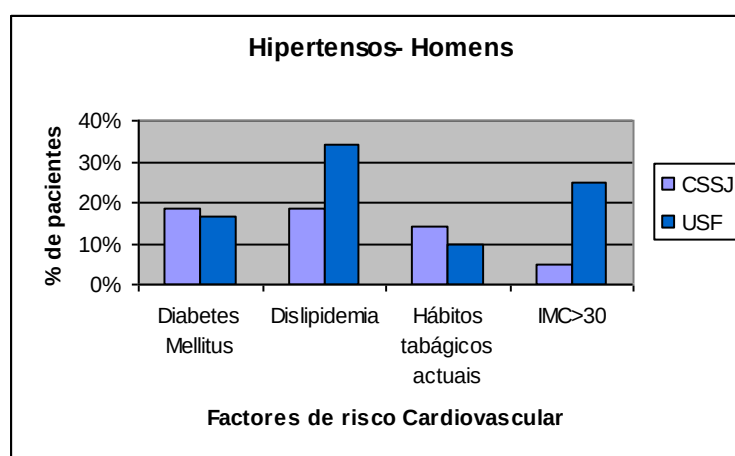


Figura 8 Prevalência de factores de risco na amostra da população de hipertensos do sexo masculino

Estes resultados remetem para a necessidade de monitorização e intervenção activa nos pacientes com HTA, nomeadamente a nível de consultas de desabitação tabágica, nutrição e controlo de peso. Neste sentido destaca-se, na faixa etária dos 25-44 anos, a elevada percentagem de fumadores e, por outro lado, na faixa dos 55- 64 anos a elevada prevalência de obesidade, sobretudo na USF, dados evidenciados nas figuras 9 e 10.

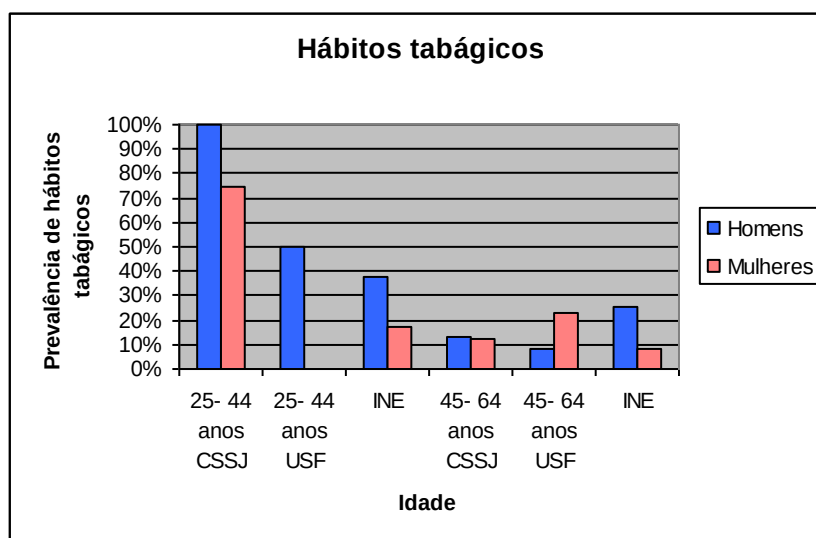


Figura 9 Prevalência de Hábitos tabágicos nas faixas etárias 25-44 anos e 45- 64 anos nos pacientes hipertensos e comparação com dados de prevalência na população geral- INE (2005/06)-(10)

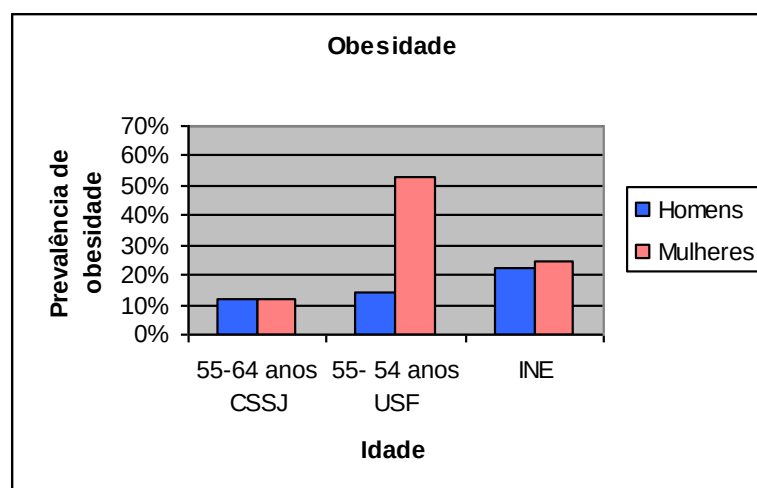


Figura 10 Prevalência de obesidade na faixa etária dos 55-64 anos nos pacientes hipertensos e comparação com dados de prevalência na população geral- INE (2005/06)- (10, 11)

A prevalência da diabetes verificada nas amostras aproxima-se dos 20% e, tendo em conta que a prevalência na população portuguesa se estima de 11,7% (homens, 14,2% e mulheres, 9,5%), 43,6% dos quais não sabem que são portadores desta doença crónica (8), realça-se a importância do seu diagnóstico precoce.

O diagnóstico de HTA é feito em 83% dos casos pelo médico de família, que se depara por vezes com dificuldades, nomeadamente a má aderência à terapêutica por parte dos pacientes ou alguma complacência para com os valores de pressão arterial

elevada. O médico de família, pela relação de confiança que estabelece com o doente, está em posição privilegiada para intervir na prevenção da doença cardiovascular em geral e, portanto, no controlo da HTA (12).

CONCLUSÃO

Como conclusão, realça-se o contacto enriquecedor com a MGF e seu conteúdo curricular, com ênfase nos cuidados primários, isto é, imediatos ou essenciais na prevenção da doença e na promoção da saúde. Os objectivos foram globalmente cumpridos desde a aprendizagem das aptidões clínicas, nomeadamente as de comunicação interpessoal, à possibilidade de desenvolver o grau de independência e responsabilidade no contacto com os pacientes.

A Residência reflecte o contexto apropriado para a aquisição dos princípios da prevenção, do rastreio, do diagnóstico precoce, da doença e da promoção da Saúde. Por outro lado, deu a conhecer os aspectos comunitários da pediatria, da saúde mental, da obstetrícia, da saúde da mulher, da medicina psico-social e dos cuidados aos idosos.

Destaca-se a organização da disciplina MC, a atitude pedagógica dos profissionais e a sua disponibilidade, bem como a noção de que há exemplos de boas redes de Saúde nos CSP.

Em ambos os CS, os problemas clínicos mais frequentemente encontrados na população adulta e idosa, dizem respeito ao aparelho Circulatório (CSSJ:19,8%, USF:19%), e ao sistema Endócrino (CSSJ:16,3%, USF:21%), o que reflecte a incidência dos mesmos na população portuguesa, nomeadamente em relação à HTA (42, 1%) (7), Diabetes Mellitus (11,6%) (8) e Obesidade (38,6% com excesso de peso e 13,8% apresentam obesidade) (9).

Em relação à Consulta Aberta, ambos os centros revelam um predomínio de atingimento do sistema respiratório, sobretudo na faixa etária dos 0-17 anos, sendo esta consulta mais solicitada pelo sexo feminino (70%).

O estudo comparativo permitiu constatar que a prevalência de DM e Dislipidemia é superior na USF, e mais acentuada no género feminino em ambas as amostras. A prevalência da obesidade e os hábitos tabágicos é superior no género masculino, sendo a primeira mais prevalente na USF, e a segunda no CSSJ.

No estudo comparativo, as limitações encontradas passam pela não consideração de outras variáveis importantes na HTA, nomeadamente Dieta e Actividade Física. Como limitação do estágio destaca-se a duração curta do estágio e o facto de estar contemplado apenas no 6º ano do curso de Medicina, sendo talvez útil um contacto anterior com a CSP, dada a sua imprescindibilidade como pedra basilar do sistema de saúde em Portugal.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyman J, Svab I, Ram P, Evans P. et al. A Definição Europeia de Medicina Geral e Familiar – WONCA Europa 2002
- [2] Hespanhol A, Malheiro A, Pinto AS. O Projecto “Tubo de Ensaio”. Breve história do Centro de Saúde São João. Rev Port Clin Geral 2002; 18: 177-86
- [3] Instituto Nacional de Estatística. Estimativas de População Residente – 2007. Portugal: INE; 2008
- [4] Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. A consulta: uma abordagem à aprendizagem e ensino. Porto: Departamento de Clínica Geral da Faculdade de Medicina do Porto; 1993. 2002.
- [5] Caeiro RT. Registos Clínicos em Medicina Familiar. Lisboa: Instituto de Clínica Geral da Zona Sul, 1991.
- [6] Rebelo L. Genograma familiar: O bisturi do Médico de Família. Rev Port Clin Geral 2007; 23: 309-17.
- [7] Cortez-Dias N., Martins S., Prevalência e Padrões de Tratamento da Hipertensão Arterial nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal. Resultados do Estudo VALSIM Rev Port Cardiol 2009; 28 (5): 499-523
- [8] Estudo da Prevalência da Diabetes em Portugal (PREVADIAB), SPD–DGS, 2009
- [9] Direcção-Geral da Saúde. Direcção de Serviços de Epidemiologia e Estatísticas de Saúde. Divisão de Estatísticas de Saúde. Saúde 2005
- [10] 4º Inquérito Nacional de Saúde – 2005/2006. Destaque – Informação à Comunicação Social. Instituto Nacional de Estatística e Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.

[11] Carmo I., Santos O., Camolas J., National Prevalence of Obesity Overweight and obesity in Portugal: national prevalence in 2003–2005 *Obes Rev.* 2006 Aug; 7 (3) :233-7.

[12] Perdigão C. Factores de risco em Portugal – O que sabemos? Que percepção temos: estudo AMALIA. Apresentação ao XXX Congresso Português de Cardiologia, Vilamoura; abril 2009

APÊNDICE I- Cronograma do estágio

Centro de Saúde São João

Data	26/10/09	27/10/09	28/10/09	29/10/09	30/10/09
Actividades	Seminário	Consulta	Consulta	Consulta	Consulta
	Consulta	Enfermagem			

Data	2/11/09	3/11/09	4/11/09	5/11/09	6/11/09
Actividades	Consulta	Consulta	Consulta	Consulta	Congresso
		Enfermagem			

Unidade de Saúde Familiar Pedrouços

Data	9/11/09	10/11/09	11/11/09	12/11/09	13/11/09
Actividades	Seminário	Consulta	Consulta	Consulta	Consulta
		Enfermagem	Visita Domiciliária		

Data	16/11/09	17/11/09	18/11/09	19/11/09	20/11/09
Actividades	Consulta	Consulta	Consulta	Consulta	Consulta
	Enfermagem		Visita Domiciliária	Visita ao CDP	

Calendário de actividades

CDP- Centro Diagnóstico Pneumológico do Porto

Ansiedade e Crises de pânico

SMDC, 25 anos, sexo feminino ,apresenta-se na consulta programada do CSSJ, com história de episódios recorrentes de náuseas e vômitos, acompanhados de distensão abdominal que já a obrigaram a recorrer ao SU. Queixa-se ainda de cefaleias e alterações do sono. Bom estado geral, TA 108/70 mm HG, peso 46 Kg, abdómen mole e depressível, timpanizado. Medicação habitual:duloxetina, mexazolam, mebeverina. Antecedentes familiares: Pai e Mãe seropositivos (com infecção pelo HIV de 30 anos de duração, só recentemente fizeram terapia antiretroviral) falecidos no ano anterior por linfoma.



A Ansiedade é uma perturbação crónica frequente, associada a elevada morbilidade e custo social. Os seus aspectos centrais são os recorrentes e inesperados crises de pânico e as preocupações e comportamentos de fuga associados, perante a possível recorrência e implicação para a saúde que provocam no paciente. Apesar dos sintomas de pânico terem sido bem descritos há mais de um século, só mais recentemente a perturbação de pânico foi reconhecida como doença psiquiátrica. Contudo, apesar de vários tratamentos eficazes estarem disponíveis, metade dos pacientes estão por diagnosticar ou por tratar, sendo um dos motivos o facto de serem frequentemente avaliados no primeiro episódio por um medico do SU com sintomas somáticos súbitos e intensos, que muitas vezes mimetizam eventos catastróficos como um EAM.

Fazer um diagnóstico preciso perante o doente, geralmente requer que o médico esteja consciente da possibilidade da etiologia psiquiátrica e tenha tempo para um questionário atencioso e específico. Infelizmente, no actual ambiente médico, muitos pacientes com esta perturbação submetem-se a investigações alargadas mas inconclusivas, ou recebem um tratamento ineficaz para ansiedade não especificada. A ansiedade pode ter várias formas, desde uma preocupação infundada por várias situações ou como um medo irracional de uma situação, actividade, objecto ou pensamento. Distintos da ansiedade generalizada, a crise de pânico são experiências marcantes, inesquecíveis na vida do indivíduo.

Uma crise de pânico pode ser definido como um período distinto e intenso de medo, desconforto ou apreensão durante o qual pelo menos 4 de 13 sintomas/sinais se desenvolvem subitamente, alcançando um pico 10 minutos após se iniciarem e com duração média de 20 a 30 minutos. Os sintomas/sinais associados são: palpitações, sudorese, tremores, sensações de dispneia, sensação de asfixia, dor ou desconforto torácico, náusea ou desconforto abdominal, tontura ou vertigem, desrealização ou despersonalização, medo de perder o controle ou enlouquecer, medo de morrer, parestesias e arrepios ou ondas de calor.

Com base no contexto em que ocorrem, podem classificar-se em 3 tipos: as Crises Inesperadas (não evocados), em que não há um estímulo situacional; as Relacionadas a

Situações (evocadas), nos quais a crise, quase que invariavelmente, ocorre imediatamente após a exposição ao estímulo situacional; e as Predispostas pela Situação, que tendem a ocorrer associadas ao estímulo, mas não dependem deste.

O comprometimento dos indivíduos é variável, desde aqueles que são capazes de controlar as manifestações até aos que são obrigados a fugir do local, procurar ajuda, pela incapacidade de se adaptar à crise.

Estas crises são mais frequentes no sexo feminino, entre os 15 e os 35 anos, contudo, alguns estudos reportam o aumento de casos na infância e a existência de um segundo pico na idade adulta.

ETIOLOGIA

Algumas pacientes desenvolvem crises de pânico após uma experiência traumatizante ou assustadora, outras apresentam antecipação ansiosa do pânico devido um SNC facilmente excitável. Experiências com drogas, como haxixe, cocaína e anfetaminas também podem desencadear a primeira crise de pânico. Surgem hipóteses baseadas em factores genéticos (concordância entre parentes de primeiro grau e, principalmente, entre gêmeos monozigóticos), biológicos (baseados na redução de sintomas com terapêutica antidepressora) e psicossociais (falha de mecanismos de defesa).

PET e SPECT indicam que os pacientes apresentam aumento do fluxo sanguíneo cerebral (maior à direita) na área parahipocámpica do lobo temporal.

DIAGNÓSTICO

Variadas situações médicas não psiquiátricas e factores orgânicos podem mimetizar os sintomas desta perturbação, entre eles, disfunção tiroideia (hiper e hipotireoidismo), disfunção das paratireóides (hiperparatireoidismo), Disfunção adrenérgica (feocromocitoma), disfunção vestibular, epilepsia, toxicidade medicamentosa (realçando-se o facto de muitos pacientes com distúrbio da ansiedade abusarem de substâncias na tentativa de ultrapassar o problema), hipoglicemia e patologia cardiovascular.

A associação feita recentemente entre crises de pânico e prolapso da válvula mitral (PVM), é agora controversa e a identificação do PVM nestes pacientes não altera a terapêutica.

Por outro lado, a crise de pânico é uma situação ubíqua em psiquiatria podendo ocorrer em vários distúrbios de ansiedade, como o Perturbação de Pânico, Fobia Social, Fobia Específica e outros como as Fobias, Depressão, Toxicodependência e Histeria.

É importante salientar a existência da Perturbação de Pânico, caracterizada pela recorrência dos crises associada a um mês ou mais de preocupação acerca da ocorrência de novas crises, de suas implicações e consequências. A Agorafobia ou medo de lugares abertos, está frequentemente associada ao perturbação de Pânico, apresentando-se como o medo de sair de casa ou de situações em que se torne impossível obter auxílio imediato ou fugir.

PROGNÓSTICO

Apesar de ser um distúrbio crónico, tem carácter flutuante, com probabilidades elevadas de recuperação quando associado a um evento de vida e com prognóstico a longo prazo razoável (numa revisão recente: 30-40% ficam bem, 30-50% estão sintomáticos mas com vida consideravelmente normal e 10-20 % ainda estão significativamente afectados) .

40-80% dos pacientes desenvolvem uma Depressão Major subsequente, sendo que alguns estudos relatam um aumento associado de risco de tentativa de suicídio. O Abuso de substâncias representa uma sequela frequente.

TRATAMENTO

Quase todos os doentes podem atingir marcada melhoria com tratamento adequado. Se a terapêutica inicial não produzir alterações em 8/10 semanas é necessário reavaliar.

O tratamento assenta na relação médico- doente que garanta uma atenção e disponibilidade redobradas pelas preocupações do doente, baseando-se no esclarecimento do mesmo acerca da sua perturbação ansiosa. É imprescindível explicar que o tratamento farmacológico é usado para bloquear o componente psicofisiológico de recorrência das crises inesperadas.

As benzodiazepinas(alprazolam, clonazepam) são usadas na crise de Pânico, destacando-se o seu efeito terapêutico rápido (uma semana), e alertando-se para possível dependência física que provocam, o que faz com que seu uso na Perturbação de Pânico fique restrito aos casos de ansiedade extrema por curtos períodos - até um mês .

Os Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina.SSRIs(fluoxetina, sertralina, paroxetina) são usados na perturbação de pânico, inicialmente em doses baixas e com aumento gradual- apesar de poderem induzir ansiedade, distúrbios GI, cefaleias e disfunção sexual, não apresentam os efeitos colinérgicos, de alteração de peso e defeito de condução cardíaca característicos dos antidepressivos tricíclicos que podem igualmente ser usados, bem como os inibidores da MAO.

A bruprionia, mmaprotilina, trazodona e buspirona não demonstraram eficácia. O propranolol é usado no bloqueio sintomático.

A terapia cognitivo- comportamental, com base na interpretação errónea da sensação corporal por parte do paciente, pode ser eficaz isolada ou em combinação com a farmacologia, sobretudo quando o doente se opõe a medicação.

Técnicas de relaxamento com exercícios que diminuam os estado de vigília hiperactivo, técnicas de controle respiratório e terapia de exposição mostram eficácia razoável.

A doença crónica e incapacitante e, sobretudo, a doença mental, são o tipo de patologia que mais efeitos exerce sobre o núcleo familiar, sendo comuns situações de rejeição da doença ou tentativa de a manter em segredo, sentimentos de tensão, desespero pessoal ou perda profunda, restrições no estilo de vida familiar ou modificações, quer positivas, quer negativas, das relações conjugais. Sentimentos de culpa e depressão por parte da pessoa que recebe cuidados, problemas de comunicação e instabilidade emocional, mudanças de personalidade e até dificuldades financeiras são problemas que daí podem advir e que em nada contribuem para as perspectivas de melhoria desta “crise familiar”.

Deste modo, o papel da equipa de cuidados primários e, sobretudo, do médico de Medicina Geral e Familiar torna-se fundamental no sentido de garantir a protecção e o apoio dos prestadores de cuidados, bem como de disponibilizar cuidados institucionais alternativos de boa qualidade. É também essencial prestar atenção, aconselhar e veicular ajuda não só ao doente, mas também aos restantes membros da família de forma a minorar os efeitos da doença e a melhorar as perspectivas de ambos no sentido da aceitação e do confronto dos problemas

BIBLIOGRAFIA:

1 Williams, Peter R., *Problemas da Família*, Departamento de Clínica Geral da Faculdade de Medicina do Porto, Colecção Oxford da Clínica Geral, número 17, Tipografia Nunes, Lda., Porto, 1994, pp. 20 – 24

2 Corney R (coordenação); O Desenvolvimento de Perícias de comunicação e aconselhamento em medicina; 17-25, 33-36, 2ª edição, Climepsi, 2001

3 Kasper, Braunwald, Fauci, Hauser, Longo, Jameson; *The Practice of Medicine*; In: Harrison's Principles of Internal Medicine; 1-2; 16th edition; 2005.

4 Kaplan Sadock, Psychiatry VI edition

5 A Textbook of Family Medicine Ian R. McWhinney - 2nd ed. Oxford University Press, 1997

APÊNDICE III- Fluxograma



Apesar de existirem muitas causas para doença hepática, geralmente as manifestações clínicas estão em conformidade com poucos padrões distintos, sendo classificadas habitualmente como hepatocelulares, colestáticas (obstrutivas) e mistas. Nas doenças hepatocelulares (como hepatite viral ou hepatopatia alcoólica), as características da lesão hepática, a inflamação e a necrose predominam. Nas doenças colestáticas (como obstrução biliar ou maligna, cirrose biliar primária, doenças hepáticas induzidas por fármacos), predominam as características de inibição do fluxo biliar. No padrão misto, estão presentes as características tanto hepatocelular como colestática (como ocorre nas formas colestáticas da hepatite viral e em muitas hepatopatias induzidas por fármacos). O padrão de manifestação inicial e a predominância dos sintomas podem sugerir rapidamente um diagnóstico, particularmente quando são levados em conta os principais factores de risco. Como idade, género, história de exposição ou comportamento de risco.

Os sintomas típicos da doença hepática incluem icterícia, fadiga, prurido, dor no quadrante superior direito, distensão abdominal e perda hemática intestinal.

Entretanto, agora são diagnosticados com patologia hepática pacientes sem sintomas, com anormalidades reveladas por testes de funções bioquímicas do fígado em exame de rotina ou triagem para doação de sangue. Ou com finalidade de seguro ou emprego.

A enorme disponibilidade de baterias de provas hepáticas faz com que seja relativamente simples demonstrar a presença de lesão hepática assim como excluí-la em doente com suspeita de hepatopatia.

Para os pacientes com suspeita de doença hepática, uma abordagem apropriada à avaliação consiste na realização de exames iniciais para as provas hepáticas de rotina, tais como a bilirrubina, albumina, alanina aminotransferase (ALT), aspartato aminotransferase (AST) e Fosfatase alcalina (FA). Tais resultados, por vezes acompanhados pela análise da gama-glutamil transpeptidase ; GGT, irão estabelecer se o padrão das anormalidades é hepático, colestático ou misto. Além disso, a duração dos sintomas ou das anormalidades mostrará se a doença é aguda ou crónica. Se a doença é aguda e se a história, os exames laboratoriais e os de imagem não revelam o diagnóstico, a biópsia do fígado é apropriada. Sendo a doença crónica, a biópsia do fígado poderá ser útil não apenas para fazer o diagnóstico mas também para determinar o grau de actividade e estágio de evolução da doença. Tal abordagem é aplicável essencialmente nos indivíduos imunocompetentes. Nos imunocomprometidos, a avaliação deve incluir a investigação de infecções oportunistas (adenovírus, citomegalovírus, coccidioidomicose) assim como das condições vasculares e imunológicas (doença veno-oclusiva, doença do enxerto vs hospedeiro). HAV, HVC vírus das hepatites A e C. Antígeno de superfície da hepatite B anticorpo para o core da hepatite B anticorpos antinucleares anticorpo para o músculo liso colangiopancreatografia com ressonância magnética colangiopancreatografia retrógrada endoscópica alfa1 antitripsina anticorpo antimitocondrial anticorpo anti citoplasma de neutrófilo periférico.

Bibliografia:

Oxford Handbook of General Practice, Oxford University Press Inc., New York, 2004, pp. 630 – 631.

Evidence-Based Medicine. Sharon E. Straus, W. Scott Richardson, Paul Glasziou, R. Brian Haynes. Elsevier Churchill Livingstone, 2005

The Bellevue Guide to Outpatient Medicine: an evidence-based guide to primary care

Nate Link, Michael Tanner, Danielle Ofri, Lloyd Wasserman BMJ Publishing Group, 2001

Kasper, Braunwald, Fauci, Hauser, Longo, Jameson; The Practice of Medicine; In: Harrison's Principles of Internal Medicine; 1-2; 16th edition; 2005.

APÊNDICE IV Panfleto

Tratamento

Nos últimos 15 anos, o tratamento da artrite reumatóide evoluiu significativamente.

Os objetivos principais do tratamento são:

- Controlar a lesão articular;
- Prevenir a perda de função;
- Diminuir a dor e maximizar a qualidade de vida.

Tratamento não farmacológico:

- Exercícios: a realização de atividade física (como a natação) e o repouso.
- Acessórios ortopédicos que auxiliam os pacientes a realizar as tarefas diárias.



■ Certos alimentos têm mostrado ser úteis na redução de processos inflamatórios, especialmente os ácidos de peixe ou os ácidos gordos ômega-3.



■ Dieta saudável e manter o peso ideal, evitando mais peso sobre os joelhos e as mãos, enquanto se está de pé ou a caminhar.

■ O tratamento com medicamentos varia de acordo com o estágio da doença, sua atividade e gravidade e implica:

- Medicamentos para os sintomas: dor e inflamação.
- Medicamentos mais "recentes" que se ligam ao biológico e que modificam a evolução da doença.



É imprescindível um aconselhamento e acompanhamento individualizado da sua médica.




Existem mais de 260 articulações no nosso corpo! São elas que nos permitem dobrar, esticar, torcer e rodar! Com o tempo, podem tornar-se inflamadas e dolorosas. Em alguns casos, é o resultado de **posições incorrectas no trabalho ou uma utilização inadequada do nosso corpo!**

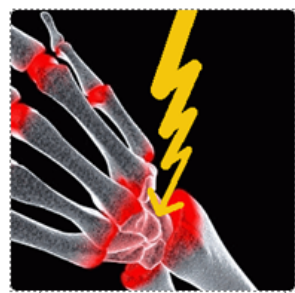
Uma articulação inflamada não indica obrigatoriamente ao diagnóstico de artrite reumatóide. A dor, inchaço e rigidez podem estar associados a:

- Infecção
- Traumatismo
- Alterações degenerativas

Medicina Comunitária

Cristina Correia  6ª ano
2009/2010

Artrite Reumatóide



O que é?

Quais os principais sintomas?

Existem factores de risco?

Como tratar?

O que é a Artrite Reumatóide?

- A Artrite Reumatóide é uma doença reumática inflamatória crónica de origem auto-imune.
- O principal sintoma é a inflamação das articulações. No entanto, pode afectar outras partes do organismo.



Doença auto-imune: o que é a causa?

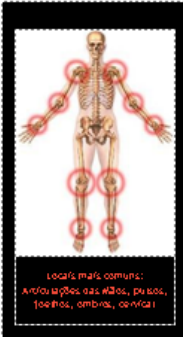
Células do sistema imunitário passam a atacar as articulações do próprio corpo.

Ocorre inflamação progressiva dos tecidos que revestem as articulações.

Aparecem lesões em cartilagem, ossos, tendões e ligamentos próximos. Gradualmente a articulação perde a sua forma e alinhamento.

Quais são os sintomas ?

- Rigidez ("prisão" de movimentos) nas articulações durante a manhã (especialmente nas mãos e pés).
- Rigidez nas articulações que dura uma hora ou mais.
- Dor e inchaço nas articulações, que perdura mais de 6 semanas.
- Desconforto nas articulações é simétrico (isto é, sente rigidez ou dor nas duas mãos, e não apenas numa).
- Outros sintomas como: febre, cansaço excessivo, mal-estar, perda de apetite, perda de peso, depressão ou o aparecimento de nódulos ou nódulos "debato" debaixo da pele.

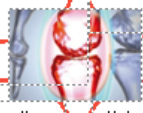


Locais mais comuns:
Articulações das mãos, pulsos, joelhos, ombros, cervical.

Quais são os factores de risco ?

Predisposição genética

Ambiente - o tabaco e infeções por retrovírus



Género - as mulheres são mais afectadas

Idade - Adultos jovens e mulheres pós-menopausa

Quais são as formas de prevenção ?

Não podemos evitar o aparecimento da doença.

A prevenção destina-se, fundamentalmente, a diminuir a sua gravidade, de forma a reduzir a incapacidade funcional e a melhorar a qualidade de vida.

O diagnóstico precoce e o início imediato do tratamento são extremamente importantes para o controlo adequado da artrite reumatóide, prevenindo a incapacidade funcional e lesão articular irreversível.

Colheita de História Clínica



Medicina Comunitária

Regente: Prof. Doutor Alberto Hespanhol

Centro de Saúde de Pedrouços

Cristina Correia

Novembro de 2009

Local de realização da história clínica: Centro de Saúde de Pedrouços

Data de realização da história clínica: 17 de Novembro de 2009

Fonte e fiabilidade da informação: A informação foi fornecida pela própria doente, que se mostrou colaborante. A entrevista decorreu num clima de diálogo calmo e num ambiente de privacidade.

Identificação

Nome: M.E.P.C.

Data de Nascimento: 12 de Fevereiro de 1955

Idade: 54 anos

Sexo: Feminino

Raça: Caucasiana

Estado Civil: Casada

Naturalidade: Mogadouro

Residência: Águas Santas

Profissão: Professora ensino secundário

Antecedentes Pessoais História Médica Prévia

Doenças Prévias

Em relação às doenças da infância a doente refere Sarampo e Varicela aos 6 anos de idade, desconhecendo a ocorrência de outras doenças da infância.

A doente refere hábitos tabágicos durante 28 anos (dos 18 aos 46 anos), com consumo de um maço cigarros/ dia (UMA= 28)

Nega Diabetes Mellitus, HTA ou Dislipidemias.

Aos 17 anos iniciou diminuição da acuidade visual para longe, recorrendo a um médico Oftalmologista no H.St. António que lhe diagnosticou Miopia, passando a usar óculos de correcção. Aos 30 anos, decidiu usar lentes de contacto durante 6M, mas por má-adaptação, voltou a usar óculos. Aos 51 anos iniciou diminuição da acuidade visual também para o perto, passando a usar óculos com lentes progressivas, aos quais se adapta perfeitamente.

Aos 21 anos, recorreu ao médico assistente por epigastralgias, sensação de enfartamento e vômitos alimentares, realizando Rx contrastado que revelou úlcera gástrica. Fez dieta líquida e tratamento oral que não sabe especificar, com total remissão de sintomas, não voltando a ter queixas gastrointestinais.

Refere vários problemas de cárie dentária durante o início da idade adulta, com necessidade de extracção dentária de 4 molares superiores. Usou prótese dentária dos 35 aos 40 anos, altura em que deixou de a usar por desajuste e dor , apesar de frequentar consultas de estomatologia (médico privado).

Aos 30 anos, fez cesariana na Ordem do Terço , sem intercorrências.

Aos 32 anos, recorreu a médico assistente por poliartralgias assimétricas com atingimento das mãos, punhos e tornozelos, com carácter inflamatório, sendo orientada para Reumatologista. Fez várias sessões de fisioterapia e tratamento com Felden®, com remissão dos sintomas após 1 ano, tendo sido informada de que se teria tratado de reacção pós vírica.

Aos 46 anos de idade esteve internada no Serviço de Neurocirurgia durante um mês por aneurisma da artéria comunicante posterior direita e coróidea direita. Segundo o que os familiares lhe relatam, foi trazida ao SU por ter sido encontrada caída no chão do domicílio, tendo episódio de vômitos e incontinência dos esfíncteres, com cefaleia frontal. Foi submetida a cirurgia com clipagem dos dois aneurismas que decorreu sem intercorrências. Manteve-se desorientada no tempo com períodos de desinibição durante o pós operatório, tendo alta medicada com Bialminal® (1cp 12/12 h) não recordando

este período da sua vida, ao qual, contudo, confere bastante importância. Foi orientada para consulta externa de Neurocirurgia e fez fisioterapia, com recuperação total e sem sequelas, tendo alta da consulta após 2 anos.

Após a cirurgia, notou surgimento de espirros e acentuação da rinorreia, sendo orientada para alergologia, não se concluindo, contudo, existência de qualquer alergia. Os sintomas de hipersensibilidade mantiveram-se, contudo a doente não chegou a efectuar a medicação prescrita.

Aos 52 anos, em mamografia e ecografia mamárias de rotina, foi-lhe detectado nódulo suspeito na mama esquerda, efectuando biopsia cirúrgica com exérese do mesmo no I.P.O. (porto). O exame histopatológico revelou C. ductal invasivo com focos de C. medular, pelo que fez nova cirurgia para mastectomia total. Não efectuou rádio nem quimioterapia. Está a fazer Hormonoterapia com inibidor da aromatase- Arimidex® 1 comp/dia (não faz o tamoxifeno por A.V.C. hemorrágico prévio) e Zoladex 1 injeção SC/mês(análogos da hormona libertadora de gonadotropina), estando com Menopausa induzida. Análises laboratoriais, ecografia abdominal, Rx torácico e cintilograma ósseo não revelaram alterações, sendo seguida na Consulta da Mama (IPO- Drª Rosa Begonha)

Aguarda cirurgia de reconstrução mamária, contudo não decidiu ainda se a quer realizar por medo de complicação infecciosa e internamento prolongado.

Nega patologia pulmonar, hepática e cardíaca.

Em relação a patologia do sistema osteoarticular refere ter hálux valgus bilaterais desde os 20 anos, não pretendendo correcção cirúrgica. Aos 53 anos, na sequência de seguimento na Consulta da Mama (IPO) e uma vez que efectua terapia com inibidores da aromatase, realizou Densitometria Óssea que revelou Osteopenia. Foi medicada com Fosamax® com boa tolerabilidade. Faz exercício de marcha sempre que é possível, caminhando cerca de 30 minutos em dias alternados.

Em relação a doenças do foro psiquiátrico, a doente nega qualquer perturbação.

História Ginecológica:

Menarca aos 12anos. Período menstrual com interlúnios de cerca de 28 dias, ciclos regulares com cataménios de duração de 5 dias, fluxo de quantidade abundante, com dismenorreia primária. Coitarca aos 26 anos. Refere 1 parceiro sexual. Iniciou contraceptivo oral aos 26 anos, interrompendo aos 29 anos no intuito de engravidar. Após gravidez, retomou contraceptivo oral até aos 40 anos. (total de 13 anos de contracepção oral).

Nega ITUs ou outras patologias génito urinários.

Aos 52 anos, na sequência de tratamento de Carcinoma Ductal invasivo da mama esquerda, iniciou Menopausa induzida por Zoladex® 1 injeção SC/mês(análogos da hormona libertadora de gonadotropina).Apresenta períodos frequentes de suores na zona esternal, sem outras queixas relacionadas com a diminuição hormonal.

Nega comportamentos sexuais de risco. Nega doenças sexualmente transmissíveis.

Em relação aos exames periódicos de rastreio refere a realização anual de mamografia a partir dos 45 anos, com achados de natureza fibrocística, até 2007, altura em que surgiu nódulo suspeito e foi detectado Carcinoma mama esquerda.

Continua a realizar Mamografia da mama direita de 2-2 anos.

Nega alterações na Citologia Cervico-Vaginal.

Efectuou várias Ecografia endovaginais desde os 48 anos, sem alterações significativas.

História Obstétrica:

IG IP 0A Esteve grávida 1 vez e teve 1 parto distócico de termo (cesariana) por incompatibilidade feto-pélvica com trabalho de parto estacionário Gravidez desejada e vigiada sem intercorrências. O parto teve lugar na Ordem do terço. Bebê de 3600 gr, sexo feminino. Não tem história de abortamento.

Acidentes

Aos 9 anos, fez fractura da clavícula direita no seguimento de uma queda, permanecendo com imobilização do membro durante um mês, com remissão completa dos sintomas e sem sequelas.

Refere acidentes de viação em veículo automóvel em 1990, 1997 e 1999, sem danos físicos ou alterações neurológicas e/ou comportamentais associadas ao acidente.

Alergias

Desconhece alergias alimentares, ambientais e/ ou medicamentosas.

Antecedentes Cirúrgicos/ Hospitalizações

O primeiro internamento foi aos 30 anos na Ordem do Terço, aquando do nascimento da filha por parto distócito (cesariana).

O segundo internamento foi aos 46 anos, no HSJ Serviço de Neurocirurgia por AVC hemorrágico (ruptura de aneurisma cerebral)

O terceiro internamento foi aos 53 anos no IPO porto na sequência de Mastectomia total por Carcinoma ductal invasivo da mama esquerda.

Grupo Sanguíneo

A Rh positivo.

Cuidados de Saúde Habituais

A doente refere ter uma alimentação equilibrada. Habitualmente faz 4 refeições diárias (pequeno-almoço, almoço, lanche e jantar), com dieta variada, rica em legumes, frutas, leite e derivados e, pobre em gorduras e sal. Consome preferencialmente alimentos cozidos e grelhados. Refere que prefere peixe a carne. Acompanha as refeições sempre com água.

Refere hábitos cafeínicos: 1 café/ dia.

Nega hábitos alcoólicos.

Nega hábitos tabágicos actuais. A doente refere hábitos tabágicos durante 28 anos (dos 18 aos 46 anos), com consumo de um maço cigarros/ dia (UMA= 28)

Nega consumo de drogas ilícitas.

Relativamente a exercício físico, a doente refere que faz marcha de 30 minutos em dias alternados.

Afirma história de transfusões sanguíneas.

Nega viagens para o estrangeiro.

Refere ter Plano Nacional de Vacinação actualizado. Nunca fez vacinação antigripal anual.

Faz anualmente análises de rotina (sangue e urina) e nega alterações.

Quando questionada sobre o seu padrão de sono refere dormir desde as 23h até às 6h20.

Medicação Habitual

- Arimidex 1mg® (Anastrozol) 20mg, 1 cp por dia ao jantar;
 - Zoladex® (Goserrelina) 1 injeção SC por mês;
 - Fosamax 70 mg 1cp por semana;
- Em SOS: Motilium® (Domperidona) 10mg 1 cp por dia;

História Social e Profissional

A doente nasceu na aldeia de Vilar do Rei ,freguesia de Mogadouro, distrito de Bragança, no seio de uma família de 5 irmãos, sendo a mais nova.

A doente completou o ensino primário na freguesia de vilar do rei, e o ensino básico em Mogadouro, e aos 16 anos deslocou-se para o Porto, onde passou a residir, completando o ensino secundário com 19 anos . Nessa altura, iniciou o curso de Engenharia Química no ISEP, terminando com o bachelato aos 26 anos. Realizou o curso em horário nocturno, trabalhando durante o dia em empresa de aspiradores durante 2 anos, e como secretária de banco durante outro ano.

Aos 23 anos, conheceu o actual companheiro, casando aos 24 e ficando grávida aos 25 anos. Tem uma filha, apesar de ter tido vontade de ter mais, situação que não se sucedeu por falta de tempo e estabilidade necessária.

Aos 27 anos, fez estágio profissional como Professora de Matemática (9º ano) no Marco de Canavezes, sendo posteriormente colocada em Escola de Gaia onde ainda lecciona. Entretanto, fez formação adicional no Instituto de PIAGET.

Actualmente vive com o marido e filha numa habitação da família com todas as condições básicas (luz, água canalizada e saneamento). A habitação tem 4 quartos, 1 sala, 1 cozinha e 3 WC. Num espaço anexo à habitação tem um jardim onde se dedica à jardinagem e cultivo de flores. A casa localiza-se numa zona relativamente antiga mas é sossegada e tem espaços verdes envolventes.

É católica embora não praticante.

Antecedentes Familiares

O pai, faleceu em 2005, aos 90 anos, num estabelecimento de saúde, na sequência de um A.V.C. isquémico. O pai tinha história de A.V.C isquémico prévio aos 60 anos, com sequelas de disartria e hemiparésia direita . Não frequentava consultas regulares, estando medicado apenas para HTA que não estava controlada. Tinha também uma hérnia inguinal para a qual usava “uma cinta” (sic) pois nunca quis ser operado.

A mãe faleceu em 2007, aos 94 anos, no domicílio por paragem cardiorespiratória. Há cerca de 10 anos foi-lhe diagnosticada fibrilhação auricular tendo sido medicada com antiaritmico que doente não sabe especificar. Apresentava prolapso uterino, ao qual nunca quis ser operada. Em 2004 esteve internada no Hospital de Mogadouro devido a Isquemia Intestinal.

Tem 4 irmãos.

A irmã mais velha, M.F.P., residente em Vila Real, tem 75 anos, história de úlcera gástrica sintomática aos 40 anos, orientada e medicada, com remissão dos sintomas. Fez cirurgia para correcção da incontinência urinária no Hospital de Mogadouro por volta dos 50 anos. Apresenta perturbação depressiva, mas nunca foi medicada.

O irmão G.C.P , único que ainda vive no local de origem, tem 79 anos, é hipertenso medicado mas não controlado e tem alteração do metabolismo lipídico, com consumo exagerado de álcool e tabaco desde a juventude. Teve acidente de trabalho com tractor aos 50 anos, tendo sido enviado para HSJ na altura do acidente e permanecendo com osteomielite crónica do pé esquerdo, que lhe impediam mobilidade normal, sofrendo episódios de dores e inflamações intensas na perna esquerda. Em 2006, foi-lhe sugerida amputação do pé esquerdo, que aceitou. Pós operatório sem intercorrências e boa a adaptabilidade à prótese.

O irmão G.P., tem 59 anos, reside em Setúbal, saudável até 2004, altura em que por sintomatologia gastrointestinal, realizou colonoscopia que revelou Carcinoma Colorectal, iniciando quimioterapia. Entretanto, o surgimento de Metastização Pulmonar, levou a cirurgia com exerece de metástases. Continua em sessões de quimioterapia, mas faz o seu quotidiano normal.

A irmã O.M.P. tem 56 anos, reside no Alentejo, foi operada em 1995 ao nariz devido a problemas relacionados com sinusite que tem desde criança. Tem bronquite asmática ligeira intermitente, estando medicada e controlada. Apresenta IMC elevado e alteração do metabolismo lipídico. Tem patologia herniária cervical, pelo que se encontra actualmente de baixa, com cervicalgias e parestesias dos MSs.

O marido da doente, G.A.M.C. tem 52 anos e está reformado desde os 40 anos. Apresenta perturbação de ansiedade. Foi submetido a cirurgia a fistula anal em 1996. Tem alteração do metabolismo lipídico, do ácido úrico e obstipação crónica. Tem episódios esporádicos de agudização da gota. Não frequenta qualquer consulta regular “não quer nada com médicos” (sic)

Em relação à filha, M.E.C., 19 anos, é saudável, com bom aproveitamento escolar.

Biopatografia (Anexo 1)

M.E.P.C. nasceu em 1955 na aldeia de Vilar do Rei, freguesia de Mogadouro, distrito Bragança, filha mais nova de um casal já com 4 filhos, num ambiente rural, de trabalho e sustento predominantemente baseado na agricultura. Nasceu em casa com o auxílio de uma parteira, de parto eutócico, tal como os seus irmãos. Refere que não está certa de ter sido resultado de gravidez planeada, mas considera, sem hesitação que foi uma gravidez desejada.

Foi uma criança aparentemente saudável exceptuando em 1961 quando teve Sarampo e Varicela, e teve acidente com fractura da clavícula direita em 1964 na sequência de uma queda.

Entrou para a Escola Primária em 1961 quando tinha 6 anos. Refere que não tinha dificuldades na escola e que sempre teve curiosidade e vontade de aprender mais. Manteve sempre boa relação com os colegas e com os professores durante todo o percurso académico. Quando questionada sobre a sua infância refere que foi uma criança feliz. Morou com os pais numa casa térrea com um grande quintal (onde os pais se dedicavam à agricultura e tinham como animais domésticos porcos e galinhas) e alguns terrenos de cultivo.

Viveu num ambiente familiar sem grandes problemas, e recorda com nostalgia o carinho com que os irmãos mais velhos sempre a trataram, realçando a protecção que lhe ofereciam, por ser a mais nova.

Aos 16 anos deslocou-se para o Porto, onde passou a residir, completando o ensino secundário com 19 anos. Esta foi, segundo a doente, uma das fases mais importantes da sua vida, em que se confrontou com uma mudança global do estilo de vida, quer a nível profissional, quer emocional. Refere que sempre foi uma aluna exemplar, recordando episódios da vida académica com nostalgia. Permaneceu por algum tempo em casa de uma tia materna, com a qual manteve relação de proximidade. Contudo, após esse período, perdeu completamente a ligação com esta tia, recordando-a com saudade.

Aos 17 anos iniciou diminuição da acuidade visual para longe, recorrendo a um médico Oftalmologista no H.St. António que lhe diagnosticou Miopia, passando a usar óculos de correcção. Aos 30 anos, decidiu usar lentes de contacto durante 6M, mas por má-adaptação, voltou a usar óculos. Aos 51 anos iniciou diminuição da acuidade visual também para o perto, passando a usar óculos com lentes progressivas, aos quais se adapta perfeitamente.

Aos 18 anos, iniciou hábito tabágico, inicialmente fumava socialmente, com progressivo aumento do número de cigarros, atingindo a dose estável de um maço /dia aos 30 anos.

Aos 19 anos, iniciou o curso de Engenharia Química no ISEP, terminando com o bachelato aos 26 anos. Realizou o curso em horário nocturno, trabalhando durante o dia em empresa de aspiradores durante 2 anos, e como secretária de banco durante outro ano. Esta foi uma fase muito exigente da sua vida, com necessidade de esforço pessoal e companheirismo.

Aos 21 anos, recorreu ao médico assistente por epigastralgias, sensação de enfartamento e vómitos alimentares, realizando Rx contrastado que revelou úlcera gástrica. Fez dieta líquida e tratamento oral que não sabe especificar, com total remissão de sintomas, não voltando a ter queixas gastrointestinais.

Refere vários problemas de cárie dentária durante o início da idade adulta, com necessidade de extracção dentária de 4 molares superiores. Usou prótese dentária dos 35 aos 40 anos, altura em que deixou de a usar por desajuste e dor, apesar de frequentar consultas de estomatologia (médico privado).

Aos 23 anos, conheceu o actual companheiro, casando aos 24 e ficando grávida aos 25 anos. Tem uma filha, apesar de ter tido vontade de ter mais, situação que não se sucedeu por falta de tempo e estabilidade necessária.

Aos 27 anos, fez estágio profissional como Professora de Matemática (9º ano) no Marco de Canavezes, sendo esta outra fase de relevância máxima no seu percurso de vida, já que leccionou pela primeira vez, desenvolvendo técnicas e aptidões de base que a formaram para toda a restante carreira profissional.

Foi posteriormente colocada em Escola de Gaia onde ainda lecciona, e revela a sua satisfação em relação ao estabelecimento, á sua prestação como professora, não encarando a reforma como uma possibilidade próxima, ao contrário de algumas suas amigas, que ultimamente se tem afastado da profissão por cansaço. Entretanto, fez formação adicional no Instituto de PIAGET.

Aos 32 anos, recorreu a médico assistente por poliartralgias assimétricas com atingimento das mãos, punhos e tornozelos, com carácter inflamatório, sendo orientada para Reumatologista. Fez várias sessões de fisioterapia e tratamento com Felden®, com remissão dos sintomas após 1 ano, tendo sido informada de que se teria tratado de reacção pós virica

Aos 46 anos de idade esteve internada no Serviço de Neurocirurgia durante um mês por aneurisma da artéria comunicante posterior direita e coroidea direita. Esta fase da sua vida, trouxe-lhe uma nova visão e atitude perante a mesma, destacando a tomada de consciência com a fragilidade da condição humana. No entanto, apesar de saber e compreender o que sucedeu, não recorda objectivamente este período, em nenhum aspecto. “ficou algures no inconsciente” (sic) Realça-se nesta altura o abandono de hábitos tabágicos. Segundo o que os familiares lhe relatam, foi trazida ao SU por ter sido encontrada caída no chão do domicílio, tendo episódio de vômitos e incontinência dos esfíncteres, com cefaleia frontal. Foi submetida a cirurgia com clipagem dos dois aneurismas que decorreu sem intercorrências. Foi orientada para consulta externa de Neurocirurgia e fez fisioterapia, com recuperação total e sem sequelas, tendo alta da consulta após 2 anos.

Após a cirurgia, notou surgimento de espirros e acentuação da rinorreia, sendo orientada para alergologia, não se concluindo, contudo, existência de qualquer alergia. Os sintomas de hipersensibilidade mantiveram-se, contudo a doente não chegou a efectuar a medicação prescrita

Aos 52 anos, em mamografia e ecografia mamárias de rotina, foi-lhe detectado nódulo suspeito na mama esquerda, efectuando biopsia cirúrgica com exérese do mesmo no I.P.O. (porto). O exame histopatológico revelou C. ductal invasivo com focos de C. medular, pelo que fez nova cirurgia para mastectomia total. Não efectuou rádio nem quimioterapia. Esta foi a fase do seu percurso de vida que mais a abalou, encontrando-se ainda num período de adaptação à cronicidade da doença, mas com sentimentos de força de vontade notórios. Está a fazer Hormonoterapia com inibidor da aromatase-Arimidex® 1 comp/dia (não faz o tamoxifeno por A.V.C. hemorrágico prévio) e Zoladex 1 injeção SC/mês (análogos da hormona libertadora de gonadotropina), estando com Menopausa induzida. Tem que se deslocar mensalmente ao IPO o que lhe causa algum sofrimento e ansiedade, contudo tem esperança de uma adaptação progressiva a esta realidade.

O pai, faleceu em 2005, aos 90 anos, num estabelecimento de saúde, na sequência de um A.V.C. isquémico.

A mãe faleceu em 2007, aos 94 anos, no domicílio por paragem cardiorespiratória.

Aguarda cirurgia de reconstrução mamária, contudo não decidiu ainda se a quer realizar por medo de complicação infecciosa e internamento prolongado.

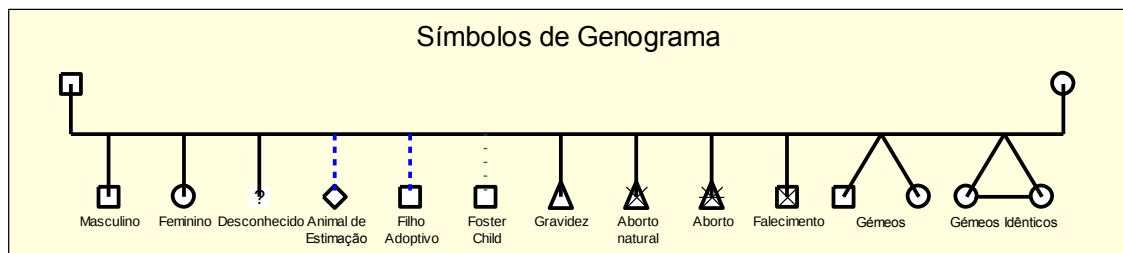
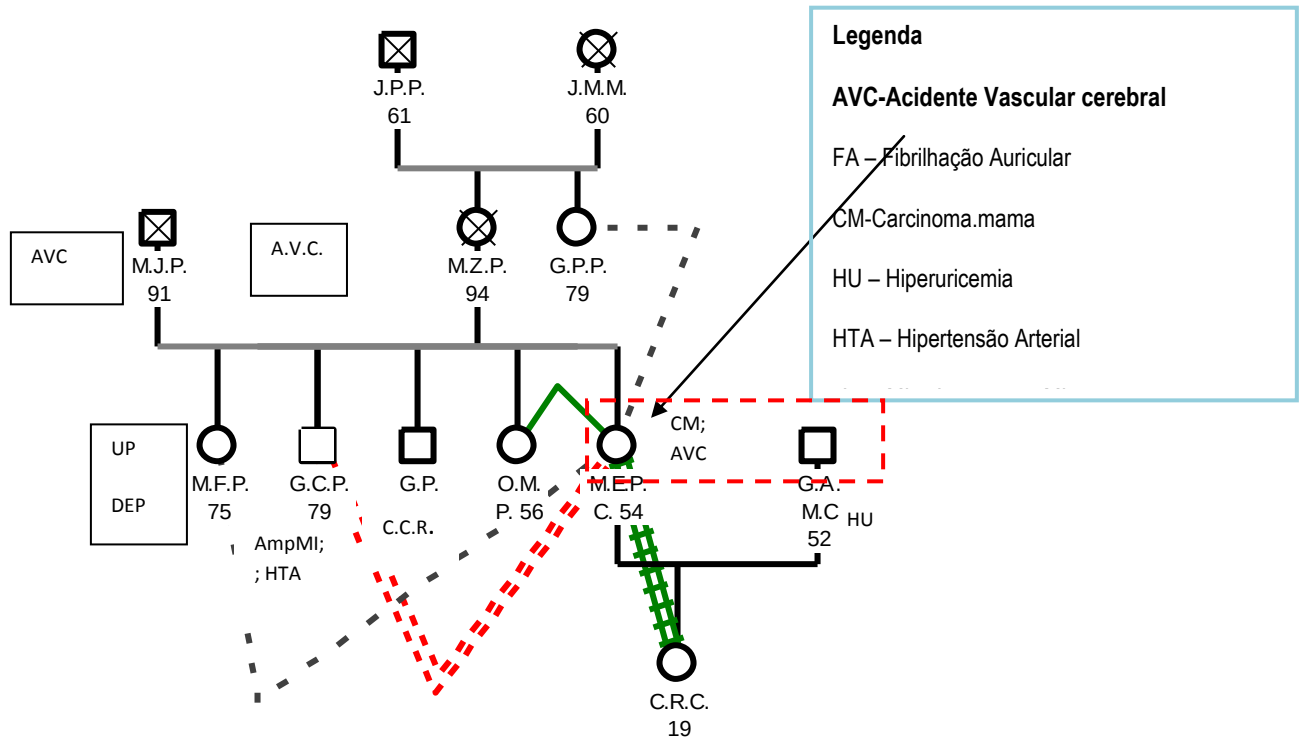
Encontra-se estável do ponto de vista económico, social e familiar. Mantém boa relação com marido e filha, apesar de algumas discussões familiares e do “feito intransigente”(sic) do marido e de algumas atitudes de rebeldia da filha. Revela grande carinho e preocupação pela filha, acompanhando-a a nível emocional, escolar e psicológico em muitas alturas da vida. Partilham muitas semelhanças de personalidade e gostos, o que torna a relação frutífera.

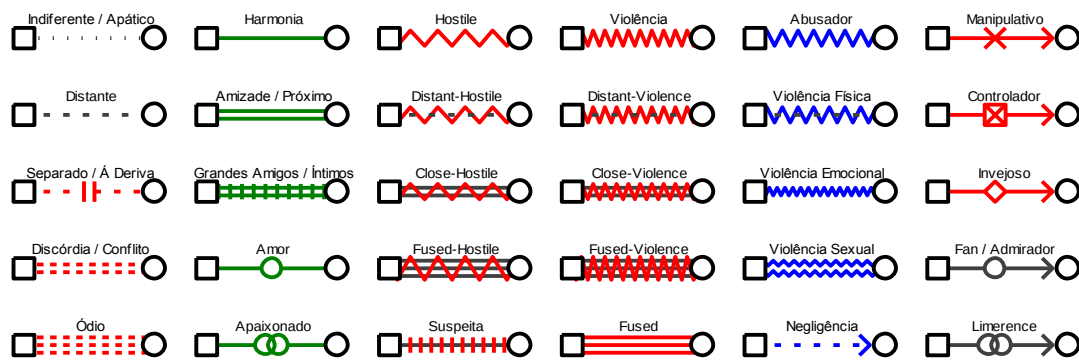
Ocupa o tempo livre em casa, a tratar da casa, a ver televisão, a ler livros, jornais e revistas. Prefere, no entanto passar o tempo livre fora de casa, indo com regularidade as compras sozinha, com as amigas do emprego ou com a filha. Ao fim de semana, tem por hábito ir passear com o marido e fazer caminhadas perto da praia. Ao jantar, cozinha todos os dias para si própria, marido, e filha e, apesar de não ser das suas actividades favoritas, fá-lo com prazer.

Abordagem Familiar

Genograma

O genograma consiste no registo gráfico da composição da família. A informação nele contida permite uma percepção rápida e fácil dos principais acontecimentos da vida familiar.

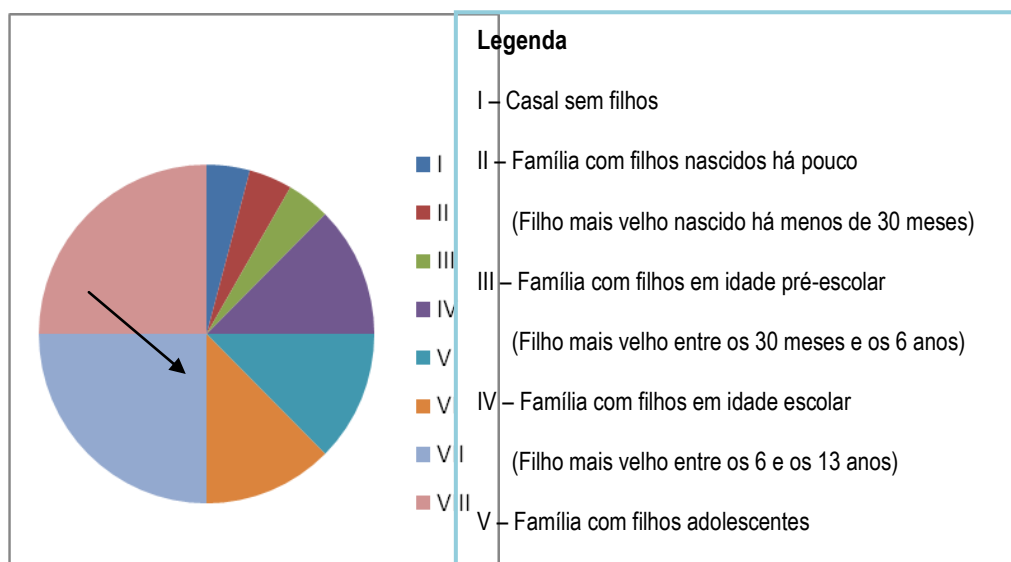




Ciclo de Vida Familiar de Duvall

O *Ciclo de Vida Familiar* define as etapas pelas quais a família passa durante a sua evolução, assim como as tarefas que devem ser cumpridas pelo agregado familiar no decorrer destas.

Segundo Duvall, o desenvolvimento da família centra-se na existência de filhos e na sua educação, desde o nascimento até à maturidade. O *Ciclo de Vida Familiar* permite enquadrar a família em cada uma destas etapas permitindo ao médico de família identificar a nova etapa em que a família vai entrar podendo apoiá-la e prepará-la para a transição.



De acordo com a classificação descrita anteriormente, o agregado familiar vive o **Estadio V– Família com filhos adolescentes**.

Apgar Familiar de Smilkstein

Este instrumento avalia o modo como o indivíduo sente a sua posição dentro da família num dado momento da vida. Através da avaliação de parâmetros como a “adaptação”, “participação”, “crescimento”, “afecto” e “decisão” permite avaliar a família como funcional ou disfuncional.

Legenda

Quase sempre - 2 pontos;

Algumas vezes - 1 ponto

Quase nunca - 0 pontos

O resultado final obtém-se pela soma das pontuações atribuídas a cada uma das perguntas. Uma pontuação global de 7 – 10 sugere uma família altamente funcional; de 4 – 6 sugere uma família com moderada disfunção; e de 0 – 3 uma família com disfunção acentuada.

A família do doente é **altamente funcional** (8 pontos segundo o Apgar Familiar de Smilkstein).

Funções da Família	Grau de satisfação	Quas e sempre	Algu mas vezes	unca
Adaptação – Modo como os recursos são partilhados; é o grau de satisfação pela assistência recebida quando um dos membros, tem de recorrer à família.	Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.	X		
Participação – Modo como as decisões são partilhadas, é a satisfação de um dos membros pela reciprocidade na comunicação e pela solução dos problemas.	Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e compartilha comigo a solução do problema.		X	
Crescimento – Modo como a maturidade é partilhada; é a satisfação de um membro da família pela liberdade concedida, no que respeita à mudança de funções, até se atingir o crescimento físico e emocional.	Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida.	X		
Afecto – Modo como as experiências emocionais são partilhadas; é a satisfação de um membro com a intimidade e a interacção emocional que existe na família.	Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos tais como irritação, pesar e amor.		X	
Decisão – Modo como o tempo é partilhado; é a satisfação de um membro da família com o tempo que os outros membros dedicam à família	Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.	X		

Psicofigura de Mitchell

A Psicofigura de Mitchell pode ser realizada pelo utente, unindo através de diferentes tipos de linhas de significado pré-estabelecido, os elementos do seu agregado familiar. Consiste na representação gráfica das relações inter-familiares.

O agregado familiar de M.E.P.C., como referido anteriormente, é composto pela própria, pelo marido e pela filha. A relação entre o casal é descrita pela doente como boa, referindo que nos momentos difíceis se apoiam mutuamente apesar de terem bastantes discussões algumas construtivas, outras precipitadas pelo carácter de instabilidade humoral do marido, bem como pelo seu carácter introspectivo. A doente considera que a sua personalidade calma e submissa, “salvou” (sic) muitos dos maus momentos da relação.

Mantém uma boa relação com a filha, sendo sua confidente e revelando gostos e formas de estar semelhantes às suas, o que as faz comunicar harmoniosamente, realizar actividades juntas e manter-se em contacto permanente. A filha, contudo, revela algum temperamento instável do pai.”As vezes é tal e qual o pai” (sic)

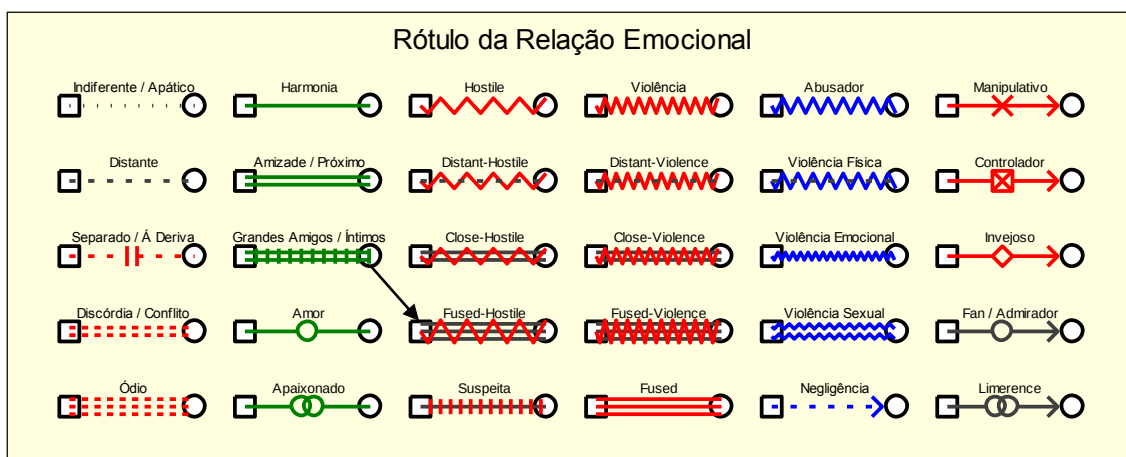
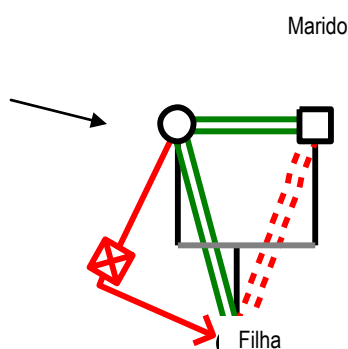
Para além deste núcleo familiar mais pequeno, toda a família parece estabelecer boas relações, apesar de estas serem esporádicas e sobretudo através de meios de comunicação alternativos (telemóveis) devido à distância que a separa dos irmãos.

A irmã mais próxima e com quem contacta semanalmente por telefone e anualmente em presença física (2 ou 3 dias de ferias juntas) é O.M.P, também professora e a de idade mais próxima da sua, identificando-se com a mesma. A filha e o sobrinho da parte dessa irmã são da mesma idade.

A excepção foi a relação de M.E.P e G.C.P. com os restantes irmãos, surgindo bastantes pontos de conflito na altura de falecimento dos pais. A doente refere que “aparentemente se davam bem”, contudo as questões familiares e monetárias suscitaram algum afastamento da parte dos restantes irmãos, para com estes dois que partilhavam mais opiniões.

Em relação ao pai, a doente refere grande adoração, apesar de já ter ultrapassado o luto, recorda com frequência situações por ele proporcionadas.

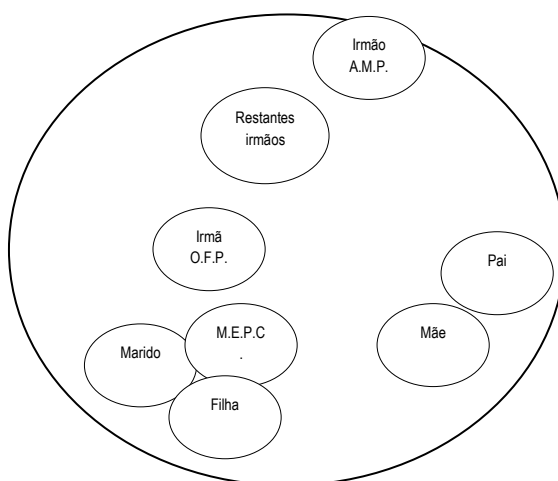
Em relação à mãe, em virtude do seu falecimento recente, a doente emociona-se ao falar sobre ela, revelando fortes ligações e identificação com a mesma.



Círculo Familiar de Thrower

O Círculo Familiar de Thrower é a representação gráfica do valor que têm para o indivíduo as pessoas (familiares, amigos, etc) e ainda alguns objectos e seres que lhe são próximos.

O entrevistador desenha um círculo grande que representa a família e pede ao entrevistado para desenhar outros pequenos círculos que representem a sua própria pessoa e os diferentes membros da família.



A doente integra todo o seu agregado familiar dentro do círculo e considera ter uma relação muito boa com o marido e a filha. Relativamente aos irmãos refere que ter uma relação relativamente afastada, contudo harmoniosa com todos embora a irmã O.F.P. seja mais próxima e o irmão A.M.P. seja mais afastado. Apesar de os pais já terem falecido, fez questão de os desenhar.

Avaliação do Risco Familiar

Foram estabelecidos diversos critérios segundo diferentes autores que visam determinar qual o risco da família.

Critérios de Risco Familiar de Imperatori

Famílias Vulneráveis

- I – Famílias compostas por pais jovens e filhos pequenos que moram todos num quarto alugado.
- II – Famílias cuja dinâmica de relação esteja alterada e em que, pelo menos, metade dos seus filhos estejam sujeitos a insucesso escolar.
- III – Famílias que solicitam em excesso cuidados do Centro de Saúde.
- IV – Famílias cujos membros na sua totalidade, ou na grande maioria, compartilham um factor de risco comum (fumadores, obesos ou alcoólicos).

Legenda

Alto Risco - > ou = 4 itens presentes

Médio Risco - > ou = 2 itens presentes

Baixo Risco – nenhum ou 1 item presente

A família da doente não se inclui em nenhum dos casos previamente mencionados. Segundo esta classificação é uma **família de baixo risco familiar**.

CrITÉrios de Segóvia e Dreyer

1 Ponto	2 Pontos
Morbilidade crónica	Alcoolismo
Invalidez	Droga
Hospitalizações frequentes	Desnutrição
Mãe analfabeta	Ausência de um dos pais
Mãe solteira	Pais analfabetos
Chefe de família desempregado	Apgar Familiar < 4
Ausência temporária de um dos pais	Filho deficiente
Chefe de família com emprego temporário	Chefe de família preso
Morte de pai ou mãe graves	Filho com carências afectivas

Legenda

Alto Risco - > ou = 6 itens presentes

Médio Risco - > ou = 3 itens presentes

Segundo estes critérios, estão presentes 2 itens e a família é considerada de **baixo risco**.

Classificação Social Internacional estabelecida pelo Professor Graffar

A Classificação de Graffar baseia-se no estudo de cinco características sociais da família:: a profissão, o nível de instrução, as fontes de rendimento familiar, o conforto do alojamento e o aspecto do local onde o agregado familiar reside. Esta classificação permite conhecer qual o escalão que a família ocupa na sociedade.

1. A Profissão

1º Grau (1Ponto): Directores de bancos, directores técnicos de empresas, licenciados, engenheiros, profissionais com títulos universitários ou de escolas especiais e militares de alta patente

2º Grau (2Pontos): Chefes de secções administrativas ou negócios de grandes empresas, subdirectores de bancos, peritos, técnicos e comerciantes

3º Grau (3Pontos): Ajudantes técnicos, desenhadores, caixeiros, contra-mestres, oficiais de primeira, encarregados capatazes e mestres-de-obras

4º Grau (4Pontos): Ensino primário completo. Motoristas, polícias, cozinheiros, (operários especializados), etc

5º Grau (5Pontos): Jornaleiros, mandaretas, ajudantes de cozinha, mulheres de limpeza, (trabalhadores manuais ou operários não especializados)

2. O Nível de Instrução

1º Grau (1Ponto): Ensino universitário ou equivalente (+12 anos de estudo)

2º Grau (2Pontos): Ensino médio ou técnico superior (10 a 11 anos de estudo)

3º Grau (3Pontos): Ensino médio ou técnico superior (8 a 9 anos de estudo)

4º Grau (4Pontos): Ensino primário completo (6 anos de estudo)

5º Grau (5Pontos): Ensino primário incompleto ou nulo

3. Fontes de Rendimento Familiar

1º Grau (1Ponto): A fonte principal é a fortuna herdada ou adquirida

2º Grau (2Pontos): Os rendimentos consistem em lucros de empresas, altos honorários, lugares bem remunerados

3º Grau (3Pontos): Os rendimentos correspondem a um vencimento mensal fixo. Tipo funcionário

4º Grau (4Pontos): Os rendimentos resultam de salários, ou seja remuneração por semana, por jorna, por horas ou tarefa

5º Grau (5Pontos): O indivíduo ou a família são sustentados pela beneficência pública ou privada. Não se incluem neste grupo, as pensões de desemprego ou de incapacidade para o trabalho

4. Conforto do Alojamento

1º Grau (1Ponto): Casas ou andares luxuosos e muito grandes, oferecendo aos seus moradores o máximo conforto

2º Grau (2Pontos): Categoria intermédia: casas ou andares que sem serem tão luxuosos como os da categoria precedente, são, não obstante, espaçosos e confortáveis

3º Grau (3Pontos): Casa ou andares modestos, bem construídos e em bom estado de conservação, bem iluminadas e arejadas com cozinha e casa de banho

4º Grau (4Pontos): Categoria intermédia entre 3 e 5

5º Grau (5Pontos): Alojamentos impróprios para uma vida decente

5. Aspecto do Bairro habitado

1º Grau (1Ponto): Bairro residencial elegante, onde o valor do terreno ou dos alugueres são elevados

2º Grau (2Pontos): Bairro residencial bom, de ruas largas, com casas confortáveis e bem conservadas

3º Grau (3Pontos): Ruas comerciais ou estreitas e antigas, com casas de aspecto geral menos confortável

4º Grau (4Pontos): Bairro operário populoso, mal arejado ou bairro em que o valor do terreno está diminuído como consequência da proximidade de oficinas, fábricas, estações de caminho de ferro

5º Grau (5Pontos): Bairros de lata

Classificação Social

Classe I – Famílias cuja soma de pontos vai de 5 a 9 (classe alta)

Classe II – Famílias cuja soma de pontos vai de 10 a 13 (classe média alta)

Classe III – Famílias cuja soma de pontos vai de 14 a 17 (classe média)

Graffar para o agregado familiar apresentado:

Profissão - 1 pontos (licenciada)

Nível de Instrução - 1 pontos (ensino universitário)

Fontes de rendimento familiar - 1 pontos (adquirida)

Conforto do Alojamento - 3 pontos (casa modesta em bom estado de conservação)

Aspecto do Bairro Habitado - 3 pontos (zona antiga)

O agregado familiar pertence à classe I (9 pontos) – classe alta

Dinâmica Familiar de Minuchin

Esta representação avalia o elo emocional e o apoio que os elementos de uma família se dão entre si.

A família pode ser considerada como **Funcional – Coesa**.

Linha de Vida de Medalie

Etapa/ Crise	Idade	Problemas de Saúde
Ingressa na Escola Primária	61	Sarampo Varicela Fractura da clavícula
Vai estudar para o porto - ISEP Inicia Trabalho numa empresa Inicia Trabalho como secretária em	19 56	Tabagismo-início Cáries dentárias com exereses de dentes Miopia

banco		
Estágio Profissional	19	Úlcera gástrica
	63	Hallux Valgos Bilaterais
Colocação em escola secundária	19	Ansiedade
	69	
Casamento	19	
	73	
Nascimento da 1ª filha	19	Cesariana
	75	
	19	Patologia reumatisal
	82	
	19	Ansiedade
	90	
Acidente de viação	19	Ansiedade
	91	
Internamento em Neurocirurgia	19	A.V.C. hemorrágico (ruptura de
	94	aneurisma)
Pos-graduação	19	
	97	
Mastectomia total	19	Ansiedade
	98	Diagnóstico de Carcinoma Ductal Inv
		Mama esq
		Menopausa induzida
Falecimento do pai	20	Ansiedade
	03	Osteopnia
Falecimento da mãe	20	luto
	04	
Entrada na faculdade da filha	20	ansiedade
	09	

Motivo da Consulta

Consulta de rotina- pedido de exames laboratoriais gerais e ecografia endovaginal.

História da Doença Actual

Doente do sexo feminino, 54 anos de idade com antecedentes de AVC isquémico (ruptura de aneurisma) aos 46 anos, e carcinoma ductal invasivo da mama esquerda. Com mastectomia total em 2007. Está a fazer Hormonoterapia com inibidor da aromatase- Arimidex® 1 comp/dia (não faz o tamoxifeno por A.V.C. hemorrágico prévio) e Zoladex 1 injeção SC/mês(análogos da hormona libertadora de gonadotropina), estando com Menopausa induzida. É seguida no IPO em Consulta da Mama (Dra Rosa Begonha), no seguimento da qual realizou Densitometria Óssea que revelou Osteopenia. Foi medicada com Fosamax® com boa tolerabilidade

Avaliação pelo Método SOAP

S

A doente queixa-se de gonalgias de intensidade ligeira, que agravam ao subir escadas, contudo também surgem esporadicamente em repouso, sem sinais inflamatórios. A doente relaciona as dores ósseas com o Fosamax, já que quando parou esta medicação durante 6M ,as dores desapareceram.

A doente refere episódios de disúria esporádicos (4 ao longo do ano) com duração de dois dias, acompanhados de aumento da frequência urinária. Não faz qualquer teapia sintomática e não tem história de ITUs.

Aguarda cirurgia de reconstrução mamária, contudo não decidiu ainda se a quer realizar por medo de complicação infecciosa e internamento prolongado.

O

Doente consciente, colaborante, orientada no tempo e no espaço. Bom aspecto geral e sem sinais de sofrimento aparente. Idade aparente coincidente com a idade real. Pele e mucosas coradas e hidratadas, sem sinais de icterícia ou de cianose.

Parâmetros antropométricos

Peso – 45 kg

Altura – 1,50 m

IMC – 20 kg/m²

Parâmetros Vitais

Temperatura Axilar – 36,1°

Frequência Cardíaca – 60 bpm

Frequência Respiratória – 13 cpm

Tensão Arterial – 120/63 mmHg

Cabeça e Pescoço – Sem distorções nem adenomegalias

Torax: Cicatriz de mastectomia esquerda, horizontal ao longo do 4º espaço intercostal desde o esterno à axila, com cerca de 20 cm de comprimento, sem sinais inflamatórios e sem nódulos palpáveis.

Auscultação Cardíaca – S1 e S2 audíveis, de intensidade normal. Sem sopros, galopes ou atrito audíveis.

Auscultação Pulmonar – Sons respiratórios presentes, simétricos, audíveis bilateralmente e com intensidade normal. Ausência de ruídos adventícios ou atrito.

Abdómen – Abdómen de configuração normal, sem abaulamentos, móvel com os movimentos respiratórios, sem circulação colateral visível, sem peristaltismo visível, com cicatriz supra púbica, sem hérnias visíveis. Ruídos hidroaéreos presentes. Ausência de sopros. Zonas de maciez e timpanismo preservadas. Indolor à palpação superficial e profunda. Sem organomegalias ou outras massas palpáveis.

Exame Neurológico – Sem alterações

A

Gonalgia

Episódios de disúria com aumento de frequência urinária

...

P

Pedido de análises de rotina para monitorização de hemograma, função, renal, hepática e alterações lipídicas. Análise urinária.

Realização de nova Densitometria Óssea.

Manutenção das terapêuticas instituídas.

Lista de Problemas

Activos	Passivos
Gonalgia	AVC hemorrágico aos 46 anos-clipagem
Osteopnia	Passado de Patologia Reumática
Vigilância pós Carcinoma Mama	Rinite Alérgica
Menopausa induzida	Hábitos tabágicos no passado (28UMA)
Episódios de disúria	Ansiedade na carreira profissional
Ansiedade em relação a cirurgia de reconstrução mamária	

Comentário Final

M.E.P.C., sexo feminino, 54 anos, caucasiana, natural de Mogadouro e residente em Águas Santas, casada, professora.

A colheita de informação foi efectuada sem dificuldades uma vez que a doente tinha uma boa expressão oral e falava fluentemente. Lembrava-se com pormenor de várias situações da sua vida familiar assim como datas de acontecimentos que a marcaram ou que considerou importantes.

O agregado familiar é constituído por si, pelo seu marido e filha de ambos. Segundo o Ciclo Familiar de Duvall vivem o quinto estágio de vida. Trata-se de uma família altamente funcional segundo o Apgar Familiar de Smilkstein. Existe um baixo risco familiar e, segundo a Classificação de Graffar a família pertence à classe alta.

A doente considera ter uma vida estável dentro das condições económicas, habita em casa com boas condições e considera ter um bom relacionamento familiar.

Segundo a OMS as funções da família devem passar pelo apoio e pela protecção dos seus membros, bem como pela provisão das necessidades alimentares, sociais e educacionais e recreativas dos mesmos. Neste caso a família parece ter condições para cumprir as funções citadas. A família de M.E.P.C.. parece funcionar como uma rede de apoio bem estruturada e coesa. Para além do marido e filha, a doente também conta com o apoio dos irmãos. O facto de se referir ao irmão, A.M.P.. como fonte de pequenos desentendimentos poderá ser ultrapassado com base no diálogo aberto e sincero entre a família. No entanto convém sempre prever e antecipar certas disfunções familiares que poderão constituir uma fonte de sofrimento para os doentes. Casos como este podem complicar-se num futuro próximo em alturas de crise.

Deverá ser mantido um acompanhamento analítico regular assim como monitorização das patologias já existentes.

Apesar de ser seguida no IPO, destaca-se a importância de acompanhar a doente na evolução do Carcinoma da Mama, bem como nas terapias efectuadas e exames de diagnóstico adicionais, revelando-se, nesta fase, importante diminuir alguma da ansiedade causada pela dúvida em relação à realização de reconstrução mamária.

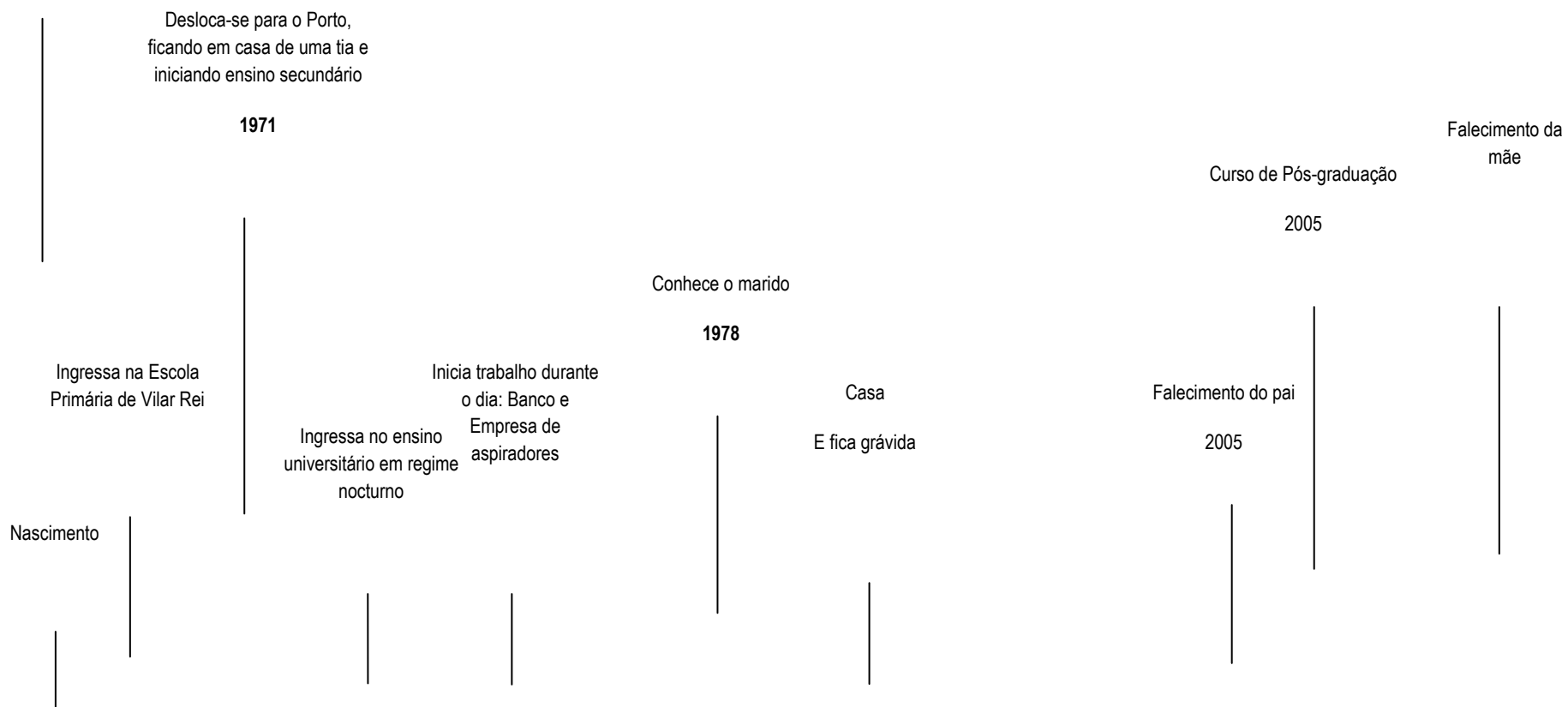
Deverá ser realizado acompanhamento das queixas referentes à Menopausa, desde sintomas de irritabilidade, alterações cardiovasculares, osteoarticulares, ginecológicas e urinárias. Destaca-se a provável ocorrência de ITUs relacionada com o desequilíbrio hormonal a que a doente é sujeita.

A doente deve ser elucida para cumprimento de medidas dietéticas adequadas (evitar refeições abundantes, evitar o consumo de álcool, tabaco, gorduras e cafeína), bem como exercício físico regular, com predomínio de actividades de carga, como a marcha favoráveis ao aumento da densidade óssea.

. Também é importante o aconselhamento acerca da prevenção de quedas, que poderiam resultar em fracturas patológicas de grande gravidade tendo em conta o contexto da doente.

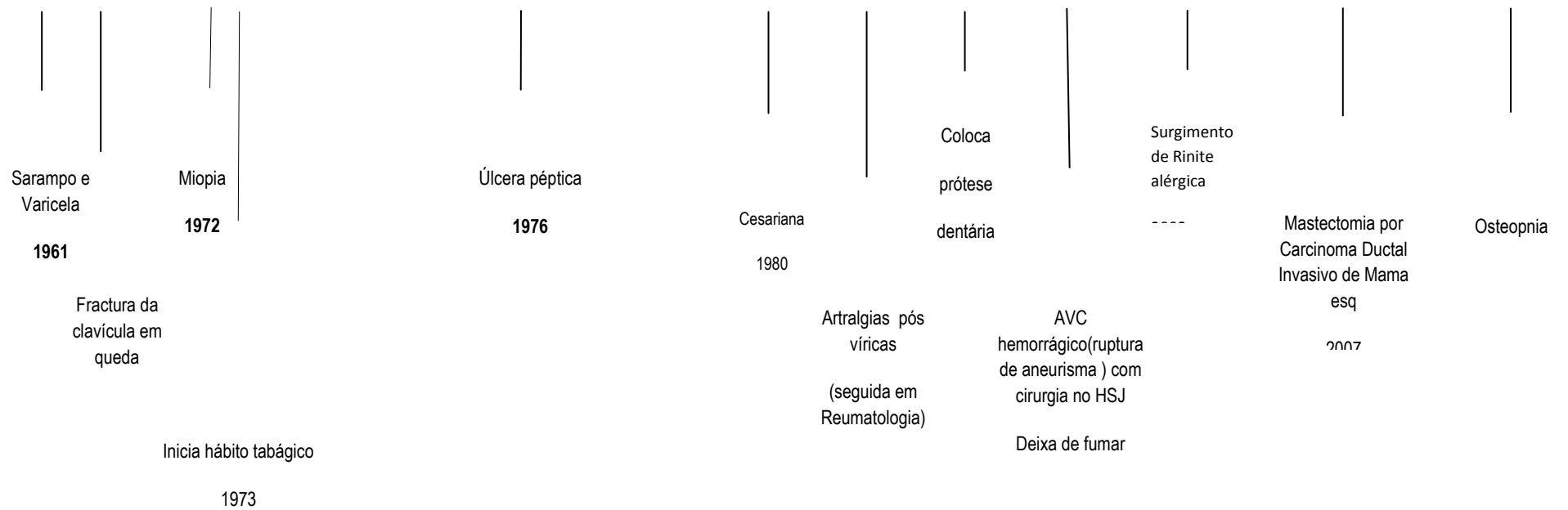
Por enquanto não serão necessárias intervenções ao nível social, educativo e de saúde. O papel do médico de Medicina Geral e Familiar revela-se, neste contexto, fundamental, uma vez que tem uma posição privilegiada no que concerne ao acompanhamento da dinâmica sócio-familiar da doente. É pois essencial que o médico, ao longo das avaliações clínicas que vai fazendo, esteja atento aos problemas que mais preocupam a doente e que constituem, muitas vezes, “motivos ocultos” de consulta.

Anexo 1



BIOGRAFIA

PATOLOGIA



APÊNDICE IV Resultado de registo de Consultas

Categorias da ICPC-2	Sintomas	Diagnósticos
Geral e inespecífico	Desmaio/Tontura	Traumatismo Efeito adverso de fármacos Medicina preventiva Incapacidade funcional
Hematológico	Fraqueza Tontura	Anemia por deficiência de ferro Infecção VIH
Digestivo	Dispepsia Dores abdominais Náuseas Vómitos Hemorragia rectal	Refluxo gastro-esofágico Síndrome do cólon irritável Gastroenterite Hepatite vírica Neoplasia gástrica Neoplasia do cólon
Olho	Olho vermelho Moscas volantes Diminuição da acuidade visual	Cataratas Retinopatia diabética
Ouvido	Hipoacusia Zumbidos	Presbiacusia Implante coclear
Circulatório	Palpitações Edema dos membros inferiores Hipotensão postural	Hipertensão arterial Dislipidemia Cardiopatia isquémica Doença cerebrovascular Doença de buerger
Músculo-Esquelético	Dores articulares Lombalgia Cervicalgia Gonalgia Dores musculares Dor no ombro	Osteoartrose do joelho Fractura do punho Osteoporose Traumatismo do joelho Artrite Reumatóide
Neurológico	Cefaleia Perturbação da fala Parestesia dos membros	Enxaqueca Síndrome do canal cárpico Esclerose múltipla
Psicológico	Sensação de ansiedade Reacção aguda de stress Perturbação do sono Abuso do tabaco Dificuldades de aprendizagem	Perturbações depressivas Atraso Mental Somatização
Respiratório	Dificuldade Respiratória Tosse Expectoração Congestão nasal	Infecção aguda do aparelho respiratório superior Gripe Rinite alérgica Asma Doença pulmonar obstrutiva crónica

Pele	Corpo estranho na pele Erupção cutânea localizada	Dermatite alérgica Infecção pós traumática da pele Dermatofitose Lipoma Nevos Psoríase Paroníquia
Endócrino/Metabólico e Nutricional	Aumento de peso Problemas alimentares no adulto	Diabetes insulino dependente Diabetes não insulino dependente Alteração do emetabolismo dos lípideos Neoplasia benigna da tiróide Obesidade Excesso de peso Hipotiroidismo adquirido
Urinário	Disúria Incontinência urinária Urgência urinária	Cistite Uretrite
Gravidez, Parto e Planeamento Familiar	Contraceção oral Questões sobre gravidez Sintomas pós parto	Gravidez
Genital feminino	Metrorragias Sinais e sintomas de menopausa Dores menstruais	Fibromioma uterino Neoplasia benigna da mama Candidíase genital feminina
Genital masculino	Sintomas da próstata	Hiperplasia prostática benigna
Perturbações sociais	Problemas de desemprego Problemas relacionados com educação Problemas com criança doente Problemas com familiar doente Falecimento de familiares	

Legenda:

F-feminino

M-masculino

HTA-Hipertensão

EAM-Enfarte Agudo

Miocárdio

Data	Nome	Idade Gênero	Motivo Consulta	Problemas de saúde	Orientação	Retornos
27/10/09	AS	35 anos/F	Lombalgia intensa e alteração de sensibilidade dos MIs que a impedem de dormir Perda de mobilidade	Enxaqueca (2007) Episódio de lombalgia e alterações analíticas há 1 ano	Pedido de RMN Prescrição : Paracetamol+ Tramadol (2cmp/dia) Baixa	Medicina Interna
	APSCN	38 anos/F	Seguimento pós- cirúrgico de abdomino-plastia Dores ligeiras e Diminuição da sensibilidade no local da cicatriz	Hipotiroidismo (Bócio multinodular) (2007)	Vigilância Magnésio Baixa	Cirurgia
	AG	82 anos/ F	Sensação de disfagia e aumento de rouquidão Diminuição da acuidade visual para perto e para longe no OD	Tiroidectomia (há 20 anos) Cirurgia bilateral às cataratas há 7 anos Alterações funcionais do estômago HTA não complicada medicada e controlada(2000) Osteoporose	Vigilância Prescrição (DOL-U- RON®;Aspirina 100g; lisinopril+ HCT)	Cirurgia
	HMMCS	57 anos/ M	Episódio febril durante 3 dias sem alteração de trânsito intestinal Lombalgias ocasionais com parestesias	HTA não complicada medicado e controlada Pneumonia (2007) Diverticulite (2007) Fumador	Dieta (fibras;evitar frutos com sementes) Vacina da gripe sazonal 2009/10 Prescrição (paracetamol 1g, aspirina 100mg; Co-diovan® (160+12,5mg);	Cirurgia Medicina interna (pneumo-logia)

			(durante 30 anos)	Concor® 1,25mg) Pedido de exames laboratoriais	
JMM	54 anos/M	Ecografia renal revela microlitíase renal	HTA não complicada	Ingestão diária de 1,5 L de água e restrição de gorduras; preferir carnes brancas e aumentar consumo de peixe na dieta	
EFC	76 anos/F	Endurecimento após hematoma traumático da face anterior da porção externa da perna direita Gonalgias	HTA não complicada medicada e controlada (desde 1998) Alteração do metabolismo dos lipídeos	Pedido de exames laboratoriais Airtal® 100 mg Floxapen® 500 mg Glucosamida Reumon gel® Betaserc® Aceclofenac Adalgur®	
MFGG	48 anos/F	Cansaço e sonolência	HTA não complicada ,medicada e controlada(2005)	Pedido de exames laboratoriais Ciprallex® Diovan® Fervit®	
AFPS	39 anos/F	Consulta de Diabetes	DM II medicado e controlado (há 3 anos) Alteração do emtabolismo lipídico	Pedido de exames laboratoriais Catalip® 200	
SMCS	35 anos/F	Episódio de náuseas e vômitos alimentares com distensão abdominal medicada com Sedoxil ® e Cymbalta® (recorreu ao SU)	Perturbações depressivas Morte de ambos os pais(HIV+) em 2008 por linfoma Quisto do canal tireoglosso (2005)	Cymbalta® Ciprallex® Alprazolam Topiramato 2g (1+1) Metoclopramida	Psiquiatria

			Epigastralgias Ansiedade Perturbações do sono com cefaleia	Enxaqueca (2005) Alergia pólen	Naproxeno 500 mg Mebeverina Duloxetina Mexazolam	
	MS	44 anos/M	Consulta de rotina	Tabagismo Dislipidemia mista com aumento de TG Alteração da função pulmonar com diminuição da Tranferência. Alvéolo-capilar	Deixar de fumar Fenofibrato (1 cmp/dia ao final do jantar)	
	M	30 anos/ F	Escurecimento da urina desde a primeira micção matinal; sem outras queixas		Combur: Positivo para hematúria Pedido de análise microscópica da urina, exame directo e sedimento Pedido de eco Reno vesical	
	JDG	31 anos/M	Seguimento pós-cirúrgico: capsodese dorsal do punho direito e neurectomia selectiva do punho		Baixa Imobilização do punho durante 3 semanas	Ortopedia
	JSA		Perda de audição (necessidade de eventual prótese auditiva) Lombalgias e Cervicalgias intensas com irradiação para MS sobretudo esquerda.		Pedido de TAC cervical e lombar (suspeita de alter. Degenerativas e processos herniários)	ORL
	JMS	51 anos/M	Esposa recorre a consulta para pedir atestado médico para desembarque		Referência para cirurgia Estadiamento do tumor	

			do marido com diagnóstico de CA.Gástrico por endoscopia após queixas de epigastralgias intensas com 4 M de evolução			
MSC	61 anos/M	Consulta de DM Sensação de dispneia na posição sentado Tosse não produtiva (sem febre)	DM II (desde 2002) controlado Alterações do metabolismo dos lipídeos(2008)	Acetilcisteína- fora da hora da refeição Crestor® Metformina		
ARSF	60 anos/F	Consulta de Diabetes Episódio dor intensa na mão esquerda. com escurecimento digital Prurido vaginal	Provável ruptura de vaso digital; DM II (2004) controlado	Pedido de exames laboratoriais Metformina Creme betametasona+ gentamicina saforelle®		
FMM	57 anos/M	Lombalgia que alivia com nimesulida Roncopatia com apneia do sono	Obesidade HTA não complicada medicado e controlado Hepatite viral (há mais de 10 anos) Lesão discal lombar (há 5 anos) Artropatia degenerativa do joelho	Referência para consulta do sono Alerta para abuso de AINEs Pedido de exames laboratoriais		
JMVF	67 anos/M	Variabilidade tensional	HTA não complicado,	Colocação de MAPA		

			Paroniquia	medicado(2000) Enxaqueca (2005) Alteração do metabolismo lipídico e do ácido úrico	Desinfecção com Betadine Glicosamina Pomada de ac.fucsidico+ betametasona Flucoxacilina (1 de 8-8 H) Alprazolam Omeprazole	
	MCSP	45 anos/F	Sensação de desmaio e alteração do equilíbrio Metrorragias Eco sem alterações na textura do miométrio		Pedido de exames laboratoriais provera® (1 c primrios 10 dias; 2 comp do 15° ao 25° dia)	
	MEO	41 anos /F	Consulta de planeamento Perda de sangue vaginal mais escasso e acastanhado; sem outras queixas ginecológicas Cervicalgias e lombalgias	HTA não complicada, medicada e controlada MAPA (2008) revela HT diastólica nocturna	Citologia Cérvico vaginal Pedido de Rx cervical	
	MCM	41 anos/F	Consulta de planeamento Otalgia e prurido no CAE Prurido vulvar(marido com queixas) Lesão pigmentar		Citologia Cérvico vaginal Ginocanasten® Saforelle® Otossinalar® Magnésio	

			(nevo?) nas costas com cerca de 5 mm			
	ACMR	24 anos/ F	Náuseas e escassa perda de sangue vaginal	IG, OP Abortamento aos 6S (maio 2008) Lordose (Rx sem alterações)	Exame ginecológico: escassas perdas hemáticas acastanhadas pelo orifício cervical empastamento do toque à esquerda Pedido de ecografia abdominal e endovaginal Restrição de gorduras	
	JSP	48 anos/ M		HTA não complicada Ansiedade e perturbação depressiva	Vacina da gripe sazonal 2009/10	
	RBS	1 ano/ F	Consulta dos 12 meses Bebé de desenvolvimento normal		Orientações gerais na introdução alimentar	
	ART	71 anos / F	Dispepsia, halitose e secura das mucosas Eco abdominal revela hepatomegalia com padrão de esteatose difusa e litíase vesicular	Hipotiroidismo Hemitirectomia há 12 anos Sintomatologia depressiva HTA não complicada (2004)	Domperidona (20-30 min antes das refeições) Fenofibrato Rosuvastatina	
	ADR	72 anos/M	Aumento do volume inguinal com dor e restrição de movimentos (eco revela hérnia	HTA controlada e medicado	Vigilância de sinais de alerta(dor, mudança de cor ou temperatura)	

			inguinal direita constituída por tec adiposo)		Iboprufero Pidolato de magnésio	
BCC	40 anos/F	Abdominalgias, sem vômitos e posterior início de febrícula			Vigilância e reforço hídrico Dimaticon®	
MA	4anos/F	Congestão nasal			Vigilância e reforço hídrico Vigiar temperatura Água do mar Fenistil® gotas	
JA	7 anos/F	Cefaleias e mialgias com um dia de evolução. Hoje com odinofagia, rinorreia mucosa e febrícula T axilar:37,1°C			Síndrome gripal Vigiar temperatura Paracetamol 500mg Água do mar Fenilefrina e dimetindeno (gotas)	
K	16 anos/ F	Dores axilares e nos músculos peitorais após exercício físico			Paracetamol+ relax muscular(Adalgur®) (1+ 1+1)	
SASS	20 anos/F	Náuseas e vômitos alimentares, com aumento do nº de dejeções com dois dias de evolução	História de gastroenterite em 2008		Abdómen timpanizado; Provável gastroenterite vírica Não forçar alimentação Reforço hídrico	
CRG	65 anos/F	Episódio de	Obstipação crónica		Trimetazidina 35 mg	

30/10/09			tonturas com 3 dias de duração. Passou espontaneamente e actualmente mantém sensação de esvaimento cerebral.	Perturbações depressivas História de infecções urinárias	Raloxifeno 60 mg Nimesulida 100 mg Fosfamicina Bisoprolol 8mg Microlax	
	CA	70 anos /F	Consulta de DM Roncopatia com provável apneia	Obesidade HTA medicada e controlada	Tiras para det. Glicemia Glucosamina Amlodipina	
	JABP	57 anos/M	Consulta de DM	Alteração do metabolismo lipídico HTA medicada e controlada	Aferição da dieta Ibuprofeno 400 mg Lisinopril 20 mg Glibenclamida 5mg lancetas	
	MF MOS	57 anos/F	Alterações dermatológicas nas mãos compatíveis com tinha de gato		Evitar o contacto com o gato Medidas de protecção Terbinafina 10 mg/g creme Itraconazole	
	DMML	7anos /F	Febre de 38°C com episódio de vómitos Orofaringe discretamente ruborizada		Vigilância Reforço hídrico Paracetamol	
	LM	32 anos/F	Lombalgias	Marcadores inflamatórios alterados	Natação e hidroterapia	

			(aumento da VS e PCR)	Flubiprofeno Pedido de análises	
FGAF	58 anos/M	Perda de força muscular e coordenação sobretudo á direita Disartria e lentificação da fala	HTA medicada DM II controlado AVC isquémico (2009)	Fisioterapia Terapia da fala	
EM	56/M	Tosse irritativa sem febre Mal-estar epigástrico noturno com sensação de enfartamento	Quisto parapiélico rim direito com 21 mm HTA controlado e medicado	Levodrepropizina 6 mg/ml Domperidona 10 mg (1 comp 20-30 min antes das refeições)	
HACSS	67/M	Consulta de DM II Episódio de ciatalgia	HTA controlado e medicado	Adalgru® Atenolol 100 mg Amlodipina 10 mg Metformina 1000 mg Valsarten+HCT (CO-DIOVAN®)	
AC	64/M	Consulta de rotina Recuperação pós valvuloplastia	Doença valvular reumatisal, com valvuloplastia aórtica e mitral em 2008 Espondilo discartrose HTA controlado e medicado HBP	Rivotril® Lisinopril Lasix® Tansolozina	
RFL	8anos/f	Cefaleias e congestão nasal. Resfriado há 3 semanas, ficou 4 dias em casa. Mantém Tosse		Água do mar Zentel®	

			com expectoração			
JIBC	55 anos/F	Sensação de desconforto torácico posterior	Perturbações do Humor	Albendazol® Victan®		
DRMS	79 anos/ M	Esqueceu-se da última consulta e faz algumas confusões	FA paroxística	Pedido de exames laboratorias Lisinopril Vacina gripe sazonal 2009/10		
MAMN	61 anos/F	Consulta de DM II Otalgia	DM II	Cianobalamina Metformina Fluoxetina Zarator 20 mg® Inderal 40 mg®		
MCBR	29/M	Dor abdominal abaixo da grade costal sem náuseas ou vômitos. Flatulência	Sinusite	Pedida de eco abdominal (dor á palpação e percussão do hipocôndrio direito)		
MICMA	39 anos/F	Epigastralgia e mal estar abdominal Taquicardia nocturna e suores Eco abdominal N		Pariet® e librax® Inderal 10 Victan® (1/2) sublingual em SOS		
VMDS	60 anos/M	Recuperação de EAM(2008), seguido em cardiologia				Cardiologia
MTSSM	47 anos/F	Pedido de baixa	Infecção por ureoplasma urealium e trichomonas	Doxicilina 100 12-12 H Metronidazol		
PS	58 anos /F	Talalgias com 15 dias de evolução Cervicalgias Atralgia das mãos	Osteoartrite Síndrome depressivo/ansioso	Rx de pés em carga e Rx cervical Aceclofenac		

				Omeprazole Escitaloprem® Triticum 2/3®	
ALV	88 anos/F	Consulta rotina	Osteoartrose Doença hodgking HTA não complicada	Ebastina Diazepam 10 mg Paracetamol 1g Vacina gripe sazonal	
HS	61 anos/M	Consulta de DM II Lombalgias	Espondilite anquilosante (2006) DM II controlado		
RMC	16 anos /F	Pedido de Rx torácico para entrar em academia Contemporânea de espectáculo	IVG em 2008 Pais surdos	Pedido de Rx torácico	
BMC	14 anos/ F	Arrepios, tosse escassa com duração de um dia Tax 37,8		Paracetamol Reforço hídrico Vigilância da temperatura	
SMGPM	30 anos/F	Grávida de 12 semanas Cervicalgias e dorsalgias com 3 dias de evolução- contractura cervical		Paracetamol Declaração de vacina gripe	
CGDS	5 M	Desenvolvimento normal		Orientações relativas a alimentação	
MGBBVF	56 anos/F	Sensação de ardência ao urina- episódios recorrentes de 4	Gastroenterite (2005)	Análises á urina: exame directo, cultural e sedimento	

			dias de duração			
FJAOG	44 anos/M	Congestão nasal, perda de apetite há 3 dias, hoje inicia tosse ,expectoração e diminuição da congestão nasal.		Acetilceatina paracetamol		
HMNM	25 anos/ F	Vômitos alimentares, mau estar e diarreia líquida	Neoplasia benigna da mama	Ex abd: mole e depressível Metronidazol		
CMCPT	37 anos/F	Dente incluso a esquerda que pressiona raízes do lado direito Agravamento de acuidade visual para perto e longe	Escoliose ligeira	Betametasona		
MCCT	45 anos/F	Crises de ansiedade Perturbações do sono	Perturbações de ansiedade	Mexazolam 1 mg		
SDCT	17 anos /F	Rinite alérgica e asma extrínseca persistente ligeira	Alergia comprovada ao pó da casa Hiperreactivi- dade brônquica a metacolina	Vai realizar imunoterapia específica para ácaro do po da casa Simbicort Singular Vacina gripe A –	Pneumolo-gia	

5/11/09					grupo B	
	CVD	11 anos/F	Consulta rotina			
	CVC	44 anos /F	Mialgias, agitação noturna e palpitações Ardência vaginal Sem actividade sexual por medo de infecção. Urinaria subsequente	Espondilite anquilosante	Pedido de fisioterapia Furadantina pré-coital	Reumatologia
	IMFSP	29 anos/F	Consulta de planeamento		Colheita de citologia cervicovaginal Vallete®	
	ACSA	51 anos/F	Terminou INF e ribavarina em JULHO 2009	Hepatite C (2002) Tabagismo Baixo peso Alteração metabolismo lipídico	Pedido de análises	Doenças infecciosas
	MM	45 anos/F	Alteração da consistência das fezes (líquidas)			
	MDT	79 anos/F	Filha requer atestado médico para colocar mãe em centro de dia após episódio de epilepsia vascular inaugural Desequilíbrios e diminuição da autonomia	Leucoencefalopatia Angiopatia Dislipidemia Obesidade HTA controlada DM II controlada	Keppra 500 (1+1)® Metformina 1000mg Sinvastatina Lisinopril+HCT Domperidona 1000 Cyclo 3 2/dia® Lorazepam 2,5 Pariet 20®	Neurologia
	MFSMP	68 anos/F	Parestesias e dor pré cordias	Cólon irritável	Spasmomen 1+1®	

10/11			Dor á pressão do esterno articulação		Pedido de ECG	
	ANP	46 anos/M	Infecção traumática da pele do pé direito com retenção de corpo estranho Rx normal	Alteração do metabolismo lipídico	Limpeza cirúrgica Ibuprofeno Água com sal	Cirurgia
	MPC	74 anos/ F	Agravamento de tonturas desde há 1 mês, altura em que teve episódio de hemorragia rectal	Colecistectomia em Setembro 2009 Perturbações depressivas	Betasero® Bromolex-® manha e tarde Sertralina- manha Vastarel®	Cirurgia
	PCMP	42 anos/ F	Consulta de diabetes	Lesão plexo braquial a nascença DM Insulino dependente- HTA controlada Gastroplastia (obesidade mórbida) 1999 Perturbações depressivas Síndrome Túnel cárpico	Actrapid® e Determin®	
	ACNS	26 anos/F	Fibroadenoma 9,7 milímetros- achado ecografico Nódulo da tiróide em palpação efectuada ORL		Pedido de ecografia tiróide Vigilância ecografica de fibroadenoma	ORL
	JSO	54 anos /M	Cervicalgias	Mielopatia espondilótica cervical Consulta NeuroCirurgia Abril 2009 Polipectomia em Outubro de 2009	Vigilancia	Neuro-cirurgia HSJ Gastro-enterologia

FROL	7 anos /M	Febre, tosse, expectoração e odinofagia com 2 dias de evolução Tax 37,1- síndrome gripal/infecção respiratória superior		Paracetamol- 2 colheres e meia Maxilase- 1 colher 2x dias Vacina gripe A (IMC 27,5)	
AF	73 anos/F	Consulta de DM Aguarda consulta de anestesia para a anca esquerda	DM insulino dep Dislipidemia DPOC(1999) Apneia do sono(2006)		
RGP	7anos/F	Febre, tosse, odinofagia, cefaleias com 1 dia de evolução Tax 36,7°C		Vigilância da temperatura Reforço hídrico Paracetamol 8-8 H 500 mg Actifed 6+ 0,25®	
MRTS	72 anos/F	Ardência urinária	DM II controlado(1999) HTA controlada medicado (2001)	Combur negativo Reforço hídrico Vigilância de sintomas Januvia®	
JG	71 anos /M	Consulta de DM II	DM II controlado(1999) HTA controlada medicado (1998)	Diamicron®	
MCC	79 anos/F	Dor ombro	DM II controlado(2002) HTA controlada HVE eco 2007		
RMSA	1 ano/F	Diarreia e secreções nasais		Paracetamol	

12/11/09			Erupção dentaria Sem sinais de desidratação T-36,1°C			
	ASP	71 anos/M	Consulta de DM II	DM II controlado(1999) HTA controlada medicado (1998) Dislipidemia		
	CRP	2anos/ F	Diarreia e dor abdominal Tax- 36,9 °C		Pausa alimentar Reforço hídrico Vigiar e reavaliar	
	MMI	47 anos/M	Olho vermelho e lacrimejo (Hemiplegia completa direita Disartria Lacrimejo excessivo OD)	AVC hemorrágico(há 6 anos)	Lágrima artificial	Neuro-cirurgia
	AAM	76 anos/F	Dispneia para esforços moderados ECG(Bradicardia sinusal 854 bpm;Qs inferior-evento isquêmico prévio; HVE;Diminuição de função sistólica VE)	Estenose aórtica sintomática HVE HTA medicado controlado(há 15 anos) Dislipidemia	Evitar esforços Lasix® Cedoxil®	
	PJR	44 anos/M	Lombalgia	Espondilose lombar e discopatia Polipectomia em 2008 Hemorróides grau I	Rx coluna lombar: estreitamento discal L4/L5 Voltaren® Pravor® Metformina	Gastro-enterologia

13/11/09	IMS	45 anos/F	Atestado médico para porte de arma	HTA medicado e controlado (há 2 anos)	Losartan	
	MRVJ	73 anos/M			Amlodipina Bisoprolol Clopidrogel, 75 mg Trazodona, 150 mg Glicazida, 30 mg	Gastreenterologia
	JRB	1ano/F	Tosse e expectoração há 1 dia		ACP N Orofaringe N Otosopia N Erupção dentária Fenistil gotas orais Paracetamol (SOS)	
	JCMA	55 anos/M	Lombalgia		Adalgur 2+2+2® Zocor 20 mg® Tromalit 150® Olsar 20 mg®	
	TJF	81 anos/M	Artralgias (punhos) Sensação de enfartamento VS-elevada FR-positivo Episódio de náuseas, tonturas, mau estar, suores frios no SU A 18/9, suspendendo coxib	Antecedente de Neoplasia Colon	Diclofnac 10 mg Pentoprazole 820 mg) Vastarel ®20 mg Diclofenac+ Misoprostol (75 mg + 0,2 mg) Pedido de Rx mãos e punhos	
	JLMR	56 anos/F	Raquiialgia Incapacidade p o trabalho	Alterações degenerativas ráquis cervicais e lombar (discopatía)		Fisioterapia Gastro-enterologia

HCST	F/9 anos	Febre e odinofagia desde ontem	Amigdalite	Criança prostrada 38 °C Ta Exsudados amigdalinos Paracetamol 1 colher 12-12 h Amoxicilina+ ac.clavulânico 12- 12h	
MCPRV	58 anos/ F	Consulta rotina	HTA controlada e medicada Hx de Sind.Vertiginoso	HCT+triantereno Suspende Beta- histidina 81 c /dia)	
MAFP	28 anos/F	Pós-cirúrgico Mamoplastia (de aumento, bilateral) há 2 semanas			Cirurgia
MGS	67 anos/ M	Diarreia recorrente	Síndrome Cólon Irritável Lipomas na região cervical e dorsal(aguarda cx) Prostatectomia radical por Neo maligna(2008, HSJ) AIT (2002)	Colonoscopia normal Transito ID- ileite PSA- 14,25 Brometo de otilénio, 40 mg Loperamida AAS, 150 mg	Gastrenterologia
AMSM	53 abos/M	177/95 IMC- 30,4		Losartan 70 + 12,5 Ex fisicp	
JMPA	66naos/ M	Anomalia da glicose em jejum Roncos nocturnos	Dislipidmia	Cloxacolam, 2 mg (1/2 c dia)	Consulta de oftalmologia com correccão da acuidade visual
MFAO	70 anos/ F	Dispneia para pequenos esforços Agudização de bronquite crónica Prurido vulvar	Obesidade Bronquite crónica Hipotiroidismo Diverticulos cólon	Dispneia Sibilos difusos Lesões de coceira Urina- leucócitos e nitritos, e.coli.	

				Dislipidmia HVE	sensível amoxicilina Clotrimazol-bisnaga Saforelle® Aerosoloterapia 8-8 H(Salbutamol 5mg/ml + Brometo de ipatrópio (e ml) + soro) LETTER® Lanzoprazole 30 mg	
	VMOP	52/M	Exames	Hábitos alcoólicos e tabágicos(1 maço/dia) Pai faleceu de Neoplasia Pancreática	Hepatomegalia e esteatose hepáticas Elevação de gama GT e 3G Rx com reforço das estruturas perivasculares Fenofibrato 1c /jantar	
	VH	19 anos/ M	Mudanças de Humor Labilidade Irritabilidade Perturbação do sono		Valeriana , 45 mg, 2 cp em SOS	
	SCSC	19 anos/ F	Consulta pós parto Dificuldades respiratórias com rinorreia constante e dispneia para esforços médios Diminuição do desejo sexual Depressão pós parto	Rinite alérgica Episodio de recorrência ao SU por dispneia, tosse com Rx tórax normal. PCR elevadas-teve alta medicada com ATB Pesquisa de H1N1 negativa	Fluoxetina Pedido de IgE RAST Salbutamol 100 ug/dose	

MPRG	75 anos /M	Catarata OD	Fumador (1 maço desde 14 anos)Cirurgia gástrica Pneumoconiose (carpinteiro)		
MOPC	56 anos/F	Consulta planeamento	Veias varicosas perna Obesidade Osteopnia	Mexazolam 1 mg	
VAAPN	24 anos/F	Grávida 21 semanas	Cirurgia a a paraganglioma em 2004	Declaração médica p vacina gripe pandémica	
SGRCB.	30 anos /F	Atraso menstrual (gravidez?)Tosse e Expectoração desde há 1 mes	IIG IP Abortamento 5M Septo intrauterino		
FATL	23 anos/ F	Deseja iniciar contracepção			
HPRA	59 anos/ F	Lombalgia		Apirética Combur N Diclofnac® + relmus ®INaDALGUR 2+2+2 8500 mg + 2 mg)	
JHG	14 anos/M	Febre , tosse e expectoração com duração de 5 dias	Saudável Sem história de contacto Não pertencente a grupo risco	Ta 38, 6°C Dificuldade respiratória Orofaringe ruborizada ACP N Acetilcesteina Paracetamol Amoxicilina+	

17/11/09					ac.clav	
	JHGM	42 anos/M	Odinofagia, mal-estar , tosse com dores dos músculos respiratórios com 2 dias de duração	DM II não ID	Orofaringe N Língua desidratada ACP N Apirético Paracetamol	
	FMRC	34 anos/M	Gonalgia e edema joelho D; Acidente de trabalho- bursite do joelho direito após queda de caminhão, RMN revela alterações degenerativas não correlacionáveis	Surtos psicóticos	Paracetamol Nimesulida Pantoprazole	Psiquiatria
	MF	58 anos/F	Ponto negro no sulco intermamário sem sinais inflamatórios			
	PAPM	17 anos/F	Mãe preocupada com aumento da agressividade do filho	Atraso mental (mãe e filho)	Valeriana	Psiquiatria
	LMNTP	36 anos/F	Grávida 20 semanas		Vacina gripe A	
	MC	40 anos/ F	Dor FID, alívio com benuron, acompanhada de disúria com 3 dias de evolução		Combustível negativo Eco endovaginal Eco abdominal Ibuprofeno	
	IFO	45 anos/F	Dispepsia e pirose	Gastrite crônica (helicobacter	Vai colocar Mirena®	

18/11/09				pylory) Cistocelo Neo maligna da tíróide/ bócio multinodular?	lanzoprazole	
	AF	75 anos/ M	Alteração recorrente de sensibilidade da hemiface esquerda com inicio há 3 meses; sem dor	Cirurgia a hérnia inguinal (2007) Doença de Buerger Trombose arterial Amputação de dedos Retracção de dedo	Pedido de análises	Cirurgia vascular
	LLM	69 anos/F	Tosse recorrente seca e dispneia para pequenos esforços Rx revela alterações compatíveis com atalectasias na base pulmão direito	Osteoporose maligna Tuberculose pulmonar(18 anos) com posterior atingimento renal, intestinal e uterina Bypass coronário 2008	Zaldiar 37,5 mg + 325 mg Magnésio oral Pedido de TAC	Pneumo-logia Cardiolo-gia
	FSM	50 anos/M	Consulta de DM Pelo encravado na mão Epigastralgias com 1 ano de evolução	DM II E HTA controladas Alteração metabolismo dos lipídico Carcinoma gástrico na mãe e avó Cateterismo 2005	Pedido de endoscopia (antecedentes) Usar luvas no trabalho (pastelaria) Candertsan+ HCT Metformina+ sitagliptina 1000mg + 50 mg Aspirina 100 mg	
	JCM	55 anos/M	Tosse, febre(38,5°C) e mialgias- síndrome gripal		Paracetamol 1g Reforço hídrico Vigilância de	

19/11/09					temperatura Losartan 2x dias	
	RMSF	25 anos/F	Febre e odinofagia com 3 dias de evolução. Recorreu ontem a HSJ e foi medicada por ORL com benzilpenicilina SI200 3 doses IM; diclofenac	História de ITUs de repetição na gravidez	Vigilância de temperatura Medidas de protecção (filha de 1 ano) Reforço hidrico	Recorreu ontem a HSJ e foi medicada por ORL com benzilpenicilina SI200 3 doses IM; diclofenac
	MCLS	64 anos /F	Gonalgias JE esporádicas(Quisto 6 cm joelho esquerdo)	Menopausa 45 anos HTA medicada econtrolada(2003)	Indapamida Diclofnac 50 mg (1+1+1 em SOS)	
	AFR	69 anos(M	Incontinência urinária Ansiedade	Neoplasia renal (2005) Pneumonia(2003) Prostatectomia radical (2006) Perturbações depressivas HTA controlada	Possibilidade de sling uretral (seguido em urologia) Cypralex® Alprazolam Ramipril+ HCT	Urologia
	CMFM	33 anos/F	Consulta de planeamento Dismenorreia primaria e interlúnios irregulares Eco revela ovário micropolicístico Epigastralgias Dor á mobilização do ombro Parestesias e dores nos MS		Pedido de Rx e Eco ao ombro	
19/11/09	ACMP	40 anos/F	Tosse e espectoração sem febre	Cirurgia ao joelho esquerdo(2008)	Amoxicilina+ ac.clavulânico	

		Ruídos brônquicos dispersos à auscultação			
EMCR	62 anos/F	Dispneia nocturna; pirose Eco cardíaca revela dilatação de seio coronário ECG com bradicardia sinusal	HTA controlada(2000)	Domperidona 10 mg omeprazole	
JJCL	61 anos/ M	Rinorreia e arrepios de frio Dor no ombro direito		Ecografia ombro revela bursite Pedido de fisioterapia Água do mar e reforço hídrico	
JMR	5 anos/F	Febre e cefaleias com dois dias de evolução		Paracetamol Reforço hídrico Descanso e medidas de protecção	
APP	9 anos/ F	Febre e dores musculares MIs		Paracetamol Reforço hídrico Descanso e medidas de protecção	
AAA	69 anos/ F	Dor localizada na região escapular direita sem irradiação e agravamento progressivo com 3 meses de evolução	Polipectomia agosto 2009 SII	Rx coluna dorsal , lobar e cervical Eco abdominal Paracetamol 1g	
DDC	73 anos/F	Dores osteoarticulares generalizadas Síndrome depressivo	Rizartrose Artrose MCF e IF Osteoporose coluna e osteopnia anca	Magnésio Fisioterapia Pedido de Rx cervical	

APLSC	42 anos/F	Cervicalgias de esforço Quistos mamários bilaterais	DM II Tratamento de Hep B	Vigilância de eco mamária e mamografia Tiralquiosideo 4 mg+ Voltaren ®75 mg Paracetamol+ tiralquiosideo Vacina gripe A	
ADA	3 anos/M	Febre(38,6°C), tosse , expectoração, cefaleias, queixas urinárias	ITU em Setembro 2009	Combur negativo Paracetamol 250 mg	
CN	61 anos/M	Consulta de DM II Gonalgias esporádicas JE	DM II HTA (2002) medicadas e controladas Cirurgia ao joelho esquerdo em 2008	Amlodipina 5 mg Metformina 1000mg Captopril sublingual 25 g porque TA 197/110 mm Hg na consulta	Urologia(disfunção erétil) Ortopedia
LC	78 anos	Alteração consistência das fezes(mt duras)	DM II HTA (2003) AVC em 2003 TEP 2003 Recessão anterior do recto (2000)	Sinvastatina Lactulose	
MSPV	59 anos/ F	Flatulência, azia, sintomas dispépticos. Iniciou trazodona há 1 mes	HTA controlada e medicada	Efeito lateral da medicação- trazodona?	Psiquiatria
MCB	63/F	Episódio de dermatite de contacto/ agravamento da psoríase há 2 Meses que remeteu gradual e	Psoríase- cotovelos e couro cabeludo		

20/11/09			espontaneamente, com evolução de 1 mes			
	MOCM	63 anos7F	Consulta rotina Mostrar Rx	Menopausa 52 anos Dismineralização óssea difusa Uncodiscartrose em C5-C7 Tendência para hipercifose	Pedido de osteodensitometria	
	JFNT	46 anos/M	Pedido de atestado para tirar carta de condução	Tabagismo Síndrome vertebral	Estomatologia Oftalmologia	
	ITSM	56 anos/F	Dores abdominais e vômitos com 2 dias de evolução-provável infecção gastro intestinal	Depressão	Paragem alimentar Reforço hídrico	
	DSTB	79 anos/M	Pedido de atestado médico para condutor de veículo	Adenocarcinoma do recto (2005)- a fazer sessões de quimio com metastização hepática e pulmonar	Vacina gripe A	
	JDA	55 anos/M	Ansiedade reactiva a profissão stress profissional	Tabagismo(com inicio há 6 anos)	Pedido de análises Alprazolam	
	MMF	5M/M	Tumefacção sem dir com granulomma pós vacina BCG		Pedido de análises Vigilância	Pediatria- medicado com Cleocid®
	MARV	6 anos/ F	Febre(39°C), cefaleias, odinofagia, tosse e rinorreia com um dia de evolução		Ibuprofeno Paracetamol 40 mg/ml2,5 colheres	
	CSBF	15 anos7F	Congestão nasal, cefaleias, som inicio de síndrome gripal há 4 dias	Rinite alérgica Surdez neurossensorial	Lisados polibacterianos 7 mg	

	MCFP	51 anos/F	Pedido de atestado	Adenocarcinoma do cólon (dx em 2009)-metastização hepática e pulmonar Cirurgia ao pulmão em 2009 Incapacidade global permanente 95% Hipertireoidismo em 2007	Seguida no IPO Vacina gripe A	IPO-Cirurgia
	CARA	71 anos/M	Consulta DM II	Parkinsonismo (2000) Osteoartrose da anca Retinopatia DM HTA controlada	Enalapril 1cp/dia Sinvastatina Cianet® Halazopem 40 mg Levidopa carbidopa+ enacapone 100 mg + 25	
	ASSC	78 anos/F	Consulta DM	Neoplasia do ovário (2008) removido por cirurgia Cirurgia cataratas 2000 HTA controlada (2000) DM II controlada	Lorazepam 1 mg losarten	
	MFSM	64 anos/F	Consultas DM II	HTA controlada (2003) DM II controlada(2004) Bronquite crónica	Vacina Gripe A Losarten +HCT Paroxetina 20 mg Lorazepam 2,5 mg Nifedipina 60 mg	
	MABS	56 anos/F	Cefaleias e elevação tensional (2007100)		Recusou captopril sublingual alegando que este	

			Deixou de tomar medicação		lhe daria “sono”; abandonou o centro dizendo que iria retomar a medicação, depois de varias insistências para que ficasse	
	MRSMP	48 anos /F	Consulta de planeamento	DM, Dislipidemia e HTA controladas	Citologia Cérvico vaginal	

APÊNDICE VI Resultados de REGISTO DE CONSULTAS

CONSULTA NÃO PROGRAMADA

CATEGORIA	Local	Homem	Mulher	Total	0-17	18-44	45-64	>65	Total
Geral e inespecífico	CSSJ	1	2	3	0	1	2	0	3
	USF	2	1	3	0	0	3	0	3
Hematológico	CSSJ	0	0	0	0	0	0	0	0
	USF	0	0	0	0	0	0	0	0
Digestivo	CSSJ	2	4	6	0	4	1	1	6
	USF	0	2	2	1	0	1	0	2
Olho	CSSJ	0	0	0	0	0	0	0	0
	USF	0	0	0	0	0	0	0	0
Ouvido	CSSJ	0	0	0	0	0	0	0	0
	USF	0	0	0	0	0	0	0	0
Circulatório	CSSJ	0	0	0	0	0	0	0	0
	USF	0	0	0	0	0	0	0	0
Musculo-esquelético	CSSJ	0	3	3	1	2	0	0	3
	USF	0	1	1	0	0	1	0	1
Neurológico	CSSJ	0	0	0	0	0	0	0	0
	USF	0	0	0	0	0	0	0	0
Psicológico	CSSJ	0	2	2	0	0	1	1	2
	USF	0	1	1	0	0	1	0	1
Respiratório	CSSJ	4	8	12	7	4	1	0	12
	USF	6	10	16	11	2	3	0	16
Pele	CSSJ	1	1	2	0	0	1	1	2
	USF	1	1	2	0	0	2	0	2
Endocrino/ Metabólico e Nutricional	CSSJ	0	0	0	0	0	0	0	0
	USF	0	0	0	0	0	0	0	0
Urinário	CSSJ	0	2	2	0	1	1	0	2
	USF	0	2	2	0	1	0	1	2
Gravidez, Parto e Planeamento Familiar	CSSJ	0	0	0	0	0	0	0	0
	USF	0	0	0	0	0	0	0	0
Genital feminino	CSSJ	0	1	1	0	1	0	0	1
	USF	0	0	0	0	0	0	0	0
Genital masculino	CSSJ	0	0	0	0	0	0	0	0
	USF	0	0	0	0	0	0	0	0
Perturbações sociais	CSSJ	0	0	0	0	0	0	0	0
	USF	0	0	0	0	0	0	0	0
Total		17	41	58	20	16	18	4	58

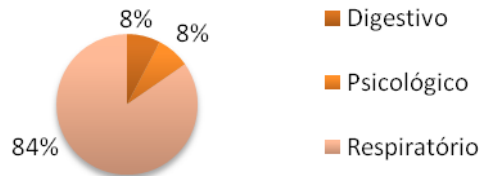
CONSULTA PROGRAMADA

CATEGORIA	LOCAL	HOMEM	MULHER	TOTAL	0-17	18-44	45-64	>65	TOTAL
Geral e inespecífico	CSSJ	0	2	2	0	0	2	0	2
	USF	2		2	0	0	2	0	2
Hematológico	CSSJ	0	1	1	0	0	1	0	1
	USF	2	0	2	0	0	0	2	2
Digestivo	CSSJ	5	5	10	0	4	3	3	10
	USF	4	3	7	0	0	4	3	7
Olho	CSSJ	0	1	1	0	1	0	0	1
	USF	2	0	2	0	0	1	1	2
Ouvido	CSSJ	0	2	2	0	0	2	0	2
	USF	0	0	0	0	0	0	0	0
Circulatório	CSSJ	8	9	17	0	0	7	10	17
	USF	8	8	16	0	0	8	8	16
Músculo-esquelético	CSSJ	4	11	15	0	3	5	7	15
	USF	5	7	12	0	1	8	3	12
Neurológico	CSSJ	1	0	1	0	0	1	0	1
	USF	1	0	1	0	0	1	0	1
Psicológico	CSSJ	0	8	8	0	2	6	0	8
	USF	3	2	5	1	2	1	1	5
Respiratório	CSSJ	1	1	2	1	0	1	0	2
	USF	0	3	3	0	0	1	2	3
Pele	CSSJ	1	2	3	1	1	1	0	3
	USF	1	2	3	0	0	3	0	3
Endócrino/Metabólico e Nutricional	CSSJ	7	7	14	0	3	6	5	14
	USF	10	8	18	0	1	7	10	18
Urinário	CSSJ	1	1	2	0	1	1	0	2
	USF	1	0	1	0	0	0	1	1
Gravidez, Parto e Planeamento Familiar	CSSJ	0	3	3	0	3	0	0	3
	USF	0	5	5	0	3	2	0	5
Genital feminino	CSSJ	0	3	3	0	1	2	0	3
	USF	0	5	5	0	3	2	0	5
Genital masculino	CSSJ	0	0	0	0	0	0	0	0
	USF	1	0	1	0	0	1	0	1
Perturbações sociais	CSSJ	0	2	2	0	0	0	2	2
	USF	1	0	1	0	0	1	0	1
Total		69	101	170	3	29	80	58	170

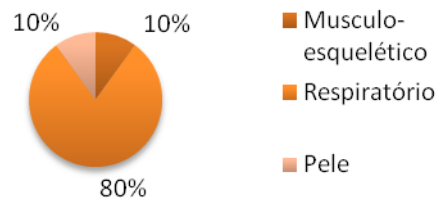
APÊNDICE VI Resultados de registros de consultas

Prevalência de problemas na consulta programada por faixa etária

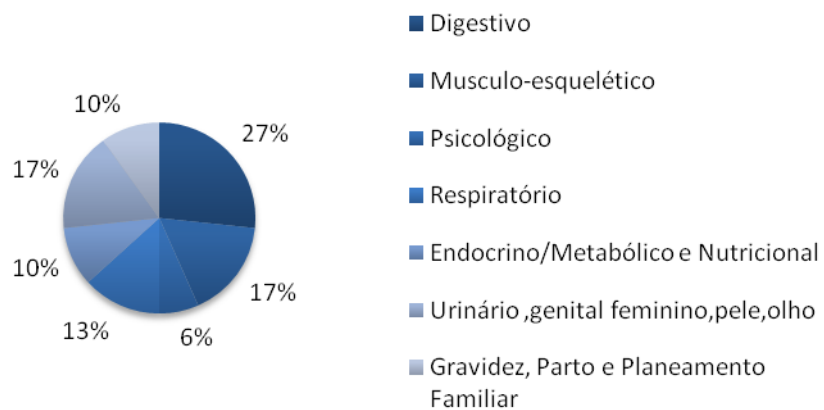
USF 0-17 anos



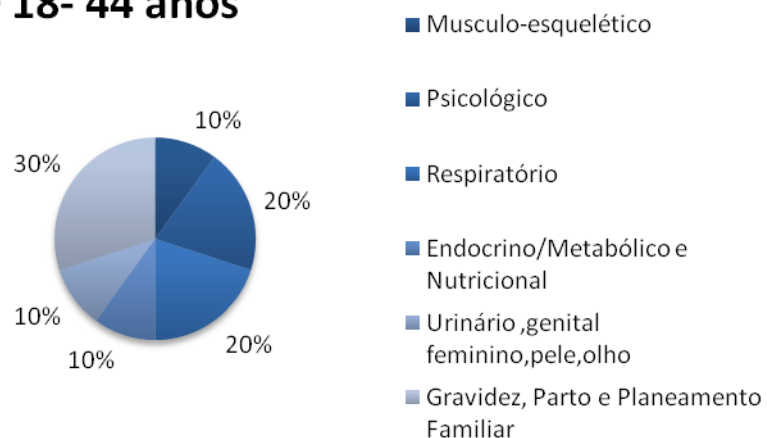
CCSJ 0-17 anos



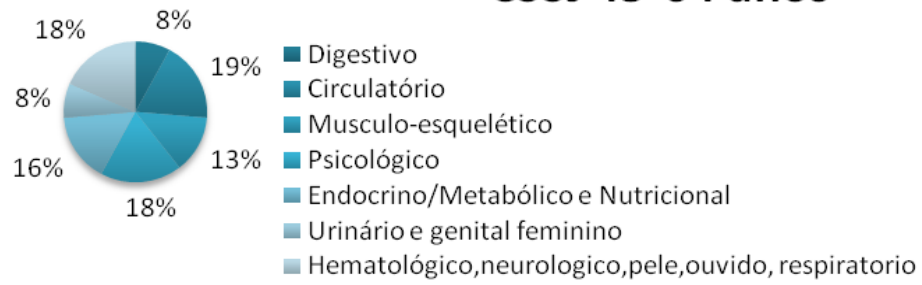
CSSJ 18-44



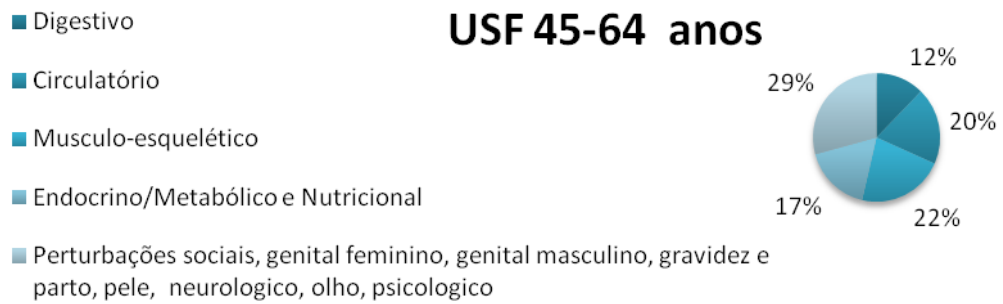
USF 18- 44 anos



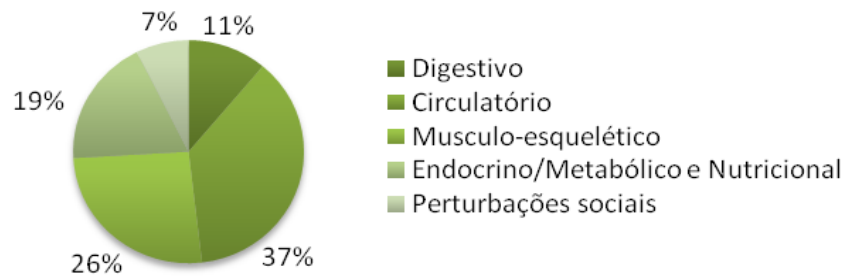
CSSJ 45-64 anos



USF 45-64 anos



CSSJ >65 anos



ANEXO I -Categorias da ICPC - 2

ICPC-2

Classificação Internacional de Cuidados Primários – 2ª Edição

Comitê Internacional

Classificações Wonca

(WICC)



PROCEDIMENTOS

-30 Exame médico/aval. saúde - completo

-31 Exame médico/aval. saúde - parcial

-32 Teste de sensibilidade

-33 Exame de alergia/imunológico

-34 Análise de sangue

-35 Análise de urina

-36 Análise de fezes

-37 Citologia exfoliativa/histologia

-38 Outras análises laboratoriais NE

-39 Teste de função física

-40 Endoscopia diagnóstica

-41 Radiologia/imagiologia diagnóstica

-42 Traçados eletrônicos

-43 Outros procedimentos diagnósticos

-44 Vacinação/medicação preventiva

-45 Obs. saúde/aconselhamento/dieta

-46 Consulta com prestador de CSP

-47 Consulta com especialista

-48 Clarificação/discussão de MC/pedido

-49 Outros procedimentos preventivos

-50 Cirurgia/inscrição/remoção/inscrição

-51 Incisão/drenagem/aspiração/remoção

-52 Excisão/biopsia/remoção/cauterização

-53 Instrumentos ópticos/etereologia/intubação

-54 Reparação/autura/gesso/prótese

-55 Injeção local/anestesia

-56 Pensos/ligadura/compress./rampanamento

-57 Medicina física/fisioterapia

-58 Saneamento/cosmética/terapias

-59 Outros proc. terapêuticos/procedimentos

-60 Resultados análises/percepções

-61 Result. exames/estudo/carta. outro prestador

-62 Procedimento administrativo

-63 Consulta de seguimento não especificada

-64 Encaminhamento/problema inc. pelo prestador

-65 Encaminhamento/problema inc. por outro NE

-66 Refor. out. prestador/ent./ass. social/terap.

-67 Refer. médico/especialista/clínica/hospital

-68 Refer. de encaminhamento

-69 Outro motivo consulta NE

GERAL E INESPECÍFICO A

A01 Dor generalizada/múltipla

A02 Arterios

A03 Febre

A04 Debilidade/de cansaço geral/fadiga

A05 Sentir-se doente

A06 Desmaio/síncope

A07 Coma

A08 Inchaço

A09 Problemas de sudorese

A10 Sangramento/Hemorragia NE

A11 Dores torácicas NE

A12 Recuo/Medo do tratamento

A16 Criança irritável

A18 Preocupação com aparência

A20 Dores musculares/urticárias

A21 Fator risco malignidade

A22 Fator risco NE

A23 Medo morte/medo da morte

A24 Medo de cancro NE

A27 Medo de outra doença NE

A28 Limitação funcional/incapacidade NE

A29 Outras sinais/sintomas gerais

A70 Tuberculose

A71 Sarampo

A72 Varicela

A73 Malaria

A74 Rubéola

A75 Mononucleose infecciosa

A76 Outras doenças virais NE

A77 Outras doenças infecciosas NE

A79 Carcinomatose (inc. primária deslucida)

A80 Lesão traumática/acidente NE

A81 Politratamentos/ferimentos múltiplos

A82 Efeito secundário de lesão traumática

A84 Intoxicação por medicamento

A88 Efeito adverso de fármaco dose correcta

A88 Efeito adverso de substância não medicinal

A88 Complicações de tratamento médico

A88 Efeito adverso de factor físico

A89 Efeito de prótese

A90 Malformação congénita NE/múltiplas

A91 Investigação com resultado anormal NE

A92 Alergia/reacção alérgicas NE

A93 Recém nascido prematuro

A94 Mortalidade perinatal, outra

A95 Mortalidade perinatal

A96 Morte

A97 Sem doença

A98 Medicina preventiva/manutenção de saúde

A99 Outras doenças gerais NE

SANGUE E SISTEMA HEMATOPOIÉTICO, LINFÁTICO, BAÇO

B02 CÂNGLIO linfático aumentado/doloroso

B04 Sinais/sintomas sangue

B05 Medo de SIDA/VIH

B26 Medo cancro sangue/linfático

B27 Medo outras doenças sangue/linfático

B28 Limitação funcional/incapacidade

B29 Out. sinais/sint. aut. imunológico/linfático

B71 Linfadenite aguda

B71 Linfadenite crônica NE

B72 Doença Hodgkin/linfomas

B73 Leucemia

B74 Out. Neoplasia maligna sangue

B75 Neoplasia benigna NE

B76 Ruptura traumática do baço

B77 Out. lesões traumáticas sangue/linf. baço

B78 Anemia hemolítica hereditária

B79 Out. anem. congênita sangue/linf. baço

B80 Anemia por deficiência ferro

B81 Anemia perniciosa/deficiência folatos

B82 Outras anemias NE

B83 Purpura/defeitos de coagulação

B84 Clóbulos brancos anormais

B87 Erlenomielite

B88 Infecção VIH/SIDA

B99 Outra doença sangue/linfático/baço

PROCEDIMENTOS

SINAIS/SINTOMAS

INFECÇÕES

NEOPLASIAS

TRAUMATISMOS

ANOMALIAS CONGÊNITAS

OUTROS DIAGNÓSTICOS

DIGESTIVO

D01 Dor abdominal generalizada/cólicas

D02 Dores abdominais, epigástricas

D03 Azia

D04 Dor anal/rectal

D05 Irritação perianal

D06 Outras dores abdominais localizadas

D07 Diarreia

D08 Flatulência/gases/eructações

D09 Náusea

D10 Vômito

D11 Distreia

D12 Obstipação

D13 Ictericia

D14 Hema temese/vômito sangue

D15 Melaema

D16 Hemorragia rectal

D17 Incontinência fecal

D18 Alterações nas fezes/mov. intestinais

D19 Sinais/sintomas doenças genitivas

D20 Sinais/sintomas boca/lingua/lábios

D21 Problemas de deglutição

D23 Hepatomegalia

D24 Massa abdominal NE

D26 Distensão abdominal

D27 Medo cancro trato digestivo

D27 Medo outras doenças aparelho digestivo

D28 Limitação funcional/incapacidade

D29 Outras sinais/sintomas digestivos

D30 Infecção do trato intestinal

D71 Papeira/parotidite epidémica

D72 Hepatite viral

D73 Doença infecciosa, presumível infecção

D74 Neoplasia maligna estômago

D75 Neoplasia maligna colon/recto

D76 Neoplasia maligna pâncreas

D77 Neopl. mal. aparelho digestivo NE

D78 Neopl. benigna apar. digestivo/incerta

D79 Corpo estranho aparelho digestivo

D80 Outras lesões intestinais

D81 Malformações congénitas apar. digestivo

D82 Doenças doenças/genitivas

D83 Doenças boca/lingua/lábios

D84 Doença esôfago

D85 Úlcera duodeno

D86 Úlcera péptica, outra

D87 Doença doenças/funcionais estômago

D88 Apêndicite

D89 Hérnia inguinal

D90 Hérnia hiatal/diáfragma

D91 Hérnia abdominal, outras

D92 Doença diverticular intestinal

D93 Síndrome colon irritável

D94 Enterite crônica/colite espesseros

D95 Fissura anal / abscesso perianal

D96 Lombrias / outros parasitas

D97 Doenças do fígado / NE

D98 Colicite crônica

D99 Outra doença aparelho digestivo

OLHO

F01 Dor no olho

F02 Olho vermelho

F03 Secreção ocular

F04 Moças voalúas/pont. luminosos/manchas

F05 Outras perturbações visuais

F06 Doenças oculares anormais

F14 Movimentos oculares anormais

F16 Aparência normal olho

F16 Sinais/sintomas pálpebras

F17 Sinais/sintomas rel. ocular

F18 Sinais/sintomas rel. lentes contacto

F22 Medo de doença ocular

F29 Limitação funcional/incapacidade

F29 Outras sinais/sintomas oculares

F70 Conjuntivite infecciosa

F71 Conjuntivite alérgica

F72 Blefarite/oculite crônica

F73 Outras infecções/inflamações oculares

F74 Neoplasia olho/anexos

F75 Neoplasia maligna esclera

F76 Corpo estranho ocular

F79 Outras lesões traumáticas oculares

F80 Obstrução canal lacrimal crônica

F81 Outras malformações congénitas do olho

F82 Descolamento retina

F83 Retinopatia

F84 Degenerescência macular

F88 Úlcera córnea

F89 Tracoma

F91 Erro de refração

F92 Catarata

F93 Glaucoma

F94 Ceciteia

F95 Estrabismo

F99 Outras doenças oculares/anexos

OUIDO

H01 Dor de ouvido

H02 Problemas de audição

H03 Acufeno, zumbidos, ruído, assobios

H04 Secreção ouvido

H05 Hemorragia

H11 Sensação ouvido tapado

H16 Preocupação aparência das orelhas

H27 Medo de doença

H28 Limitação funcional/incapacidade

H29 Outras sinais/sintomas ouvido

H70 Oite externa

H71 Oite média aguda/minorite

H72 Oite média serosa

H73 Infecção Trompa Eustáquio

H74 Oite média crônica

H75 Neoplasia ouvido

H76 Corpo estranho ouvido

H77 Perfuração tímpano

H78 Traumatismo superficial ouvido

H79 Outros traumatismos do ouvido

H80 Malformações congénitas ouvido

H81 Cerúmen ouvido em excesso

H82 Síndrome vertiginosa

H83 Otosclerose

H84 Presbiacusia

H85 Lesão acústica

H86 Surdez

H99 Outra doença ouvido/mastóide

CIRCULATORIO

K01 Dor atribuída coração

K02 Sensação pressão/aperto atribuída coração

K03 Dores atribuídas ao ap. circulatorio NE

K04 Palpitações/percep. batimentos cardiacos

K05 Out. irregulares batimentos cardiacos

K06 Veias proeminentes

K07 Tosse com expector. inchado/edema

K22 Fator risco doença aterosclavular

K24 Medo doença cardíaca

K28 Medo hipertensão

K27 Medo outra doença aterosclavular

K28 Limitação funcional/incapacidade

K29 Out. sinais/sintomas cardiovasculares

K30 Doença infecciosa ap. circulatorio

K71 Febre reumática/cardiopatia

K72 Neoplasia ap. circulatorio

K73 Malformações congénitas ap. circulatorio

K74 Doença cardíaca isquémica com angina

K78 Enfatse ataque miocárdio

K78 Doença cardíaca isquémica sem angina

K79 Insuficiência cardíaca

K79 Fibrilração/futter/sútiler

K79 Taquicardia Paroxística

K80 Arritmia cardíaca NE

K81 Sopro cardíaco/arterial NE

K82 Doença cardiopulmonar

K83 Doença valvular cardíaca NE

K84 Outras doenças doenças cardiovasculares

K85 Pressão arterial elevada

K86 Hipertensão sem complicações

K87 Hipertensão postural

K89 Isquémia cerebral transitória

K90 Trombose/doença vascular cerebral

K91 Doença vascular isquémica

K92 Aterosclerose/doença vascular periférica

K93 Embolia pulmonar

K94 Flebite/tromboflebite

K95 Veias varicosas da perna

K96 Hemorróidas

K99 Outras doenças do aparelho circulatorio

MÚSCULO-ESQUELÉTICO

L01 Sinais/sintomas pescoço

L02 Sinais/sintomas região dorsal

L03 Sinais/sintomas região lombar

L04 Sinais/sintomas torax

L05 Sinais/sintomas flanco/axila

L06 Sinais/sintomas membros superiores

L08 Sinais/sintomas ombros

L09 Sinais/sintomas braços

L10 Sinais/sintomas cotovelos

L11 Sinais/sintomas punhos

L12 Sinais/sintomas mãos e dedos

L13 Sinais/sintomas ancas

L14 Sinais/sintomas pernas

L15 Sinais/sintomas joelhos

L16 Sinais/sintomas tornozelos

L17 Sinais/sintomas pé/dedos pé

L17 Dores musculares

L19 Sinais/sintomas musculares NE

L20 Sinais/sintomas articulações NE

L26 Medo cancro ap. músculo-esquelético

L27 Medo doença ap. músculo-esq. outra

L28 Limitação funcional/incapacidade

L29 Outras sinais/sint. ap. músculo-esquelético

L72 Infecção ap. músculo-esquelético

L71 Neoplasia maligna ap. músculo-esquelético

L72 Fractura. rãbia/cúbito

L72 Fractura. tibia/perónio

L74 Fractura. osso do pé

L75 Fractura. fémur

L76 Outras fracturas

L77 Entorses e distensões do tornozelo

L78 Entorses e distensões do joelho

L79 Entorses e distensões das articulações NE

L80 Entorses/subluxação

L81 Traumatismos do ap. músculo-esquelético NE

L82 Maior. cong. ap. músculo-esquelético

L83 Síndrome colúmbica

L84 Síndrome colúmbica sem irradiação dor

L85 Deformação adquirida colúmbica

L86 Síndrome vertebral com irradiação dor

L87 Burstite/tendinite/sinovite NE

L88 Artrose reumática/osteopatia

L88 Osteotrose anca

L90 Osteotrose joelho

L90 Osteotrose orelha

L91 Síndrome tenista

L94 Osteotrose dor

L95 Lesão interna aguda joelho

L97 Neoplasia benigna/incerta

L98 Malformação adquirida dum membro

L99 Outra doença do ap. músculo-esquelético

NEUROLÓGICO

N01 Cefaleia

N02 Dores de face

N03 Enxaqueira

N04 Neuralgia pernas inquietas

N05 Formigueiro dedos mãos/pés

N06 Outras alterações da sensibilidade

N07 Convulsões/ataques

N08 Movimentos involuntários anormais

N16 Alterações do olfacto/gosto

N17 Vertigens/onturas

N18 Paralisia/fraqueza

N19 Perturbações da fala

N26 Medo de cancro do sist. neurológico

N27 Medo de outras doenças neurológicas

N28 Limitação funcional/incapacidade

N29 Sinais/sint. do sistema neurológico, outros

N70 Poliomielite

N71 Meningite/encefalite

N72 Tétano

N73 Outa infecção neurológica

N74 Neoplasia maligna sist. neurológico

N75 Neoplasia benigna sist. neurológico

N76 Neoplasia do sist. neurológico inc. certa

N79 Concusão

N80 Outras lesões cranianas

N81 Outra lesão do sist. neurológico

N86 Malformações congénitas

N88 Esclerose múltipla

N89 Parkinsonismo

N89 Epilepsia

N89 Enxaqueira

N90 Cefaleia de cluster

N91 Paralisia facial/paralisia Bell

N92 Neuralgia triptismo

N93 Síndrome do can. carpal

N94 Névrite/neuropatia periférica

N95 Cefaleia de tensão

N99 Outras doenças de sistema neurológico

92