



FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DO PORTO

## **MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA**

---

2009/2010

Carina Conceição Ferreira Arantes  
Relatório de Estágio Profissionalizante  
em Medicina Comunitária

Abril, 2010

# FMUP



FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DO PORTO

Carina Conceição Ferreira Arantes  
Relatório de Estágio Profissionalizante  
em Medicina Comunitária

**Mestrado Integrado em Medicina**

**Área: Medicina Comunitária**

**Trabalho efectuado sobre a Orientação de:  
Dr. Manuel José Viana Gonçalves da Costa**

**Abril, 2010**

**FMUP**

**Nome:** Carina Conceição Ferreira Arantes

**Endereço electrónico:** m04135@med.up.pt

**Título da Dissertação/Monografia/Relatório de Estágio:**

Relatório de Estágio Profissionalizante em Medicina Comunitária

**Nome completo do Orientador:** Manuel José Viana Gonçalves da Costa

**Ano de conclusão:** 2010

**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, 20/04/2010

Assinatura:

*Carina Conceição Ferreira Arantes*

Eu, Carina Conceição Ferreira Arantes, abaixo assinado, nº mecanográfico 040801135, 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, 20/04/2010

Assinatura:

*Carina Conceição Ferreira Arantes*

## Agradecimentos

O Relatório de Estágio em Medicina Comunitária constituiu uma experiência muito gratificante, tanto a nível académico, como a nível pessoal. Contudo, a sua realização não seria possível sem a colaboração de algumas pessoas. Como tal, expresso os meus sinceros agradecimentos:

- Ao Dr. Manuel Viana pelo empenho e atitude formativa demonstrados e pela orientação do presente Relatório de Estágio.
- Ao Dr. José Faria pelo excelente acolhimento e pelas oportunidades de aprendizagem que me proporcionou.
- À Dra. Maria João Sena Esteves pelo empenho e disponibilidade manifestados.
- À Enfermeira Maria do Carmo Vale pela colaboração na recolha de dados imprescindíveis à realização deste trabalho.
- Aos enfermeiros e restantes profissionais de ambas as Unidades de Saúde, com os quais tive oportunidade de conviver e aprender.
- À Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, respectivos docentes e funcionários, pelo enorme contributo na minha formação profissional e pessoal ao longo do curso.
- Finalmente, aos meus pais, irmã e amigos por todo o apoio prestado.

## **Título**

Relatório de Estágio Profissionalizante em Medicina Comunitária

## **Resumo**

No âmbito da disciplina de Medicina Comunitária do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina, foi realizado um estágio com a duração de 4 semanas e constituído por um módulo urbano (Centro de Saúde São João) e um módulo rural (Unidade de Saúde Familiar Alcaide de Faria). Pelo facto de os Cuidados de Saúde Primários constituírem uma área de grande interesse pessoal e de serem um elemento chave dos sistemas de saúde, a aluna realizou um relatório de estágio nesta área. A aluna pretendeu descrever as experiências vivenciadas durante o estágio, fazendo uma avaliação crítica da sua contribuição na formação médica pré-graduada.

As actividades desenvolvidas visaram a caracterização das Unidades de Saúde e dos seus utentes, procurando reconhecer semelhanças e divergências na abordagem médica em contexto rural e urbano. A participação na Consulta Médica e nos actos de Enfermagem proporcionaram o contacto com uma diversidade enorme de situações clínicas, a consolidação de pressupostos teóricos e o desenvolvimento de aptidões técnicas fundamentais a todo o médico. O estágio salientou a diferenciação entre os Cuidados de Saúde Secundários e os Cuidados de Saúde Primários, proporcionando oportunidades únicas de aprendizagem.

Os Cuidados de Saúde Primários percebem o indivíduo como um contínuo, integrando o seu percurso de vida, bem como a comunidade na dicotomia saúde-doença. A vivência desta abordagem médica constituiu uma experiência inovadora e marcante na formação académica e pessoal da aluna.

## **Title**

Practical Training Report of Communitary Medicine

## **Abstract**

Within the discipline of Community Medicine of the 6<sup>th</sup> year of Master in Medicine was conducted an internship with a duration of 4 weeks, that consists of an urban (Centro de Saúde São João) and rural (Unidade de Saúde Familiar Alcaide de Faria) module. Since Primary Health Care represents an area of great interest and is a key element in health systems, the student held a probation report in this area. The student sought to describe experiences during the internship, making a critical assessment of their contribution in pre-graduate medical training.

The activities developed aimed the characterization of the Health Centers and their users, seeking to recognize similarities and differences in medical approach in rural and urban context. Participation in the Medical Council and the acts of Nursing provided the contact with a huge diversity of clinical situations, consolidation of theoretical assumptions and the development of technical skills fundamental to any doctor. The training emphasized the difference between the Secondary Health Care and Primary Health Care, providing unique opportunities for learning.

The Primary Health Care perceives the individual as a continuum, integrating the course of his life and community in the health-disease dichotomy. The experience in this medical approach was innovative and striking, providing the achievement essential to the graduation of the student as a doctor.

## Índice

|  |    |
|--|----|
| Lista de Abreviaturas e Siglas .....                 | 5  |
| Lista de Figuras e Tabelas .....                     | 6  |
| 1. Introdução .....                                  | 7  |
| 2. Cuidados de Saúde Primários .....                 | 8  |
| 3. Caracterização das Unidades de Saúde .....        | 9  |
| 4. Estudo Demográfico .....                          | 12 |
| 5. Descrição das Actividades .....                   | 15 |
| 6. Vacinação.....                                    | 18 |
| 6.1 Introdução .....                                 | 18 |
| 6.2 Métodos .....                                    | 19 |
| 6.3 Resultados.....                                  | 19 |
| 6.4 Discussão e Conclusões.....                      | 22 |
| 7. Conclusões .....                                  | 23 |
| 8. Bibliografia .....                                | 24 |
| Anexos.....  | 26 |
| Anexo I .....  | 26 |
| Anexo II.....  | 27 |
| Anexo III.....                                       | 28 |
| Apêndices .....                                      | 29 |
| Apêndice I- Cronograma do Estágio .....              | 29 |
| Apêndice II – Folheto de Educação para a Saúde ..... | 31 |
| Apêndice III – História Clínica .....                | 32 |
| Apêndice IV – Registo de um dia de Consultas .....   | 46 |
| Apêndice V – Fluxograma.....                         | 59 |
| Apêndice VI – Reflexão .....                         | 60 |

## **Lista de Abreviaturas e Siglas**

**ACES** – Agrupamento de Centros de Saúde

**CSSJ** – Centro de Saúde São João

**CSP** – Cuidados de Saúde Primários

**DP** – Densidade Populacional

**FMUP** – Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

**Hab.** – Habitantes

**HPV** – Vírus do Papiloma Humano

**IE**- Índice de Envelhecimento

**INE** – Instituto Nacional de Estatística

**MC** – Medicina Comunitária

**MenC** – Doença invasiva por *Neisseria meningitidis* do serogrupo C

**MGF** – Medicina Geral e Familiar

**Pág.** - Página

**RN** – Região Norte

**US** – Unidade de Saúde

**USFAF** – Unidade de Saúde Familiar Alcaide de Faria

**VIH** – Vírus da Imunodeficiência Humana

## Lista de Figuras e Tabelas

|                       |  |         |
|-----------------------|--|---------|
| <b>Tabela 1</b>       | <i>Recursos Humanos e Informáticos das US</i>  | pág. 9  |
| <b>Tabela 2</b>       | <i>Ratio médico/utente</i>   | pág. 10 |
| <b>Tabela 3</b>       | <i>Indicadores de Execução de Vacinação na USFAF e no CSSJ, Dezembro de 2008</i>   | pág. 19 |
| <b>Tabela 4</b>       | <i>Coberturas Vacinais (%) em Dezembro de 2008 por coorte de nascimento</i>  | pág. 21 |
| <b>Tabela 5</b>       | <i>Número e Taxa média anual de Internamento Hospitalar por Tosse Convulsa nas crianças com menos de 1 ano de idade, 2000-2007</i>               | pág. 22 |
| <b>Gráficos 1 e 2</b> | <i>Pirâmides Etárias das US</i>  | pág. 12 |
| <b>Gráfico 3</b>      | <i>Índice de Envelhecimento</i>  | pág. 13 |
| <b>Gráfico 4</b>      | <i>Taxas Brutas de Natalidade e Mortalidade</i>  | pág. 14 |
| <b>Gráfico 5</b>      | <i>Indicadores de Execução de Vacinação (%), Dezembro de 2008</i>  | pág. 21 |
| <b>Gráfico 6</b>      | <i>Distribuição da população empregada por sector de actividade económica no ACES Barcelos/Esposende</i>   | pág. 26 |
| <b>Gráfico 7</b>      | <i>Distribuição da população empregada por sector de actividade económica no ACES Porto</i>  | pág. 26 |
| <b>Gráfico 8</b>      | <i>Variação do número de desempregados inscritos no Instituto de Emprego e Formação Profissional na RN e no ACES Barcelos/Esposende, em 2009</i> | pág. 27 |
| <b>Gráfico 9</b>      | <i>Variação do número de desempregados inscritos no Instituto de Emprego e Formação Profissional na RN e no ACES Porto, em 2009</i>              | pág. 27 |
| <b>Gráfico 10</b>     | <i>Distribuição da população residente no ACES Barcelos/Esposende por nível de instrução</i>   | pág. 28 |
| <b>Gráfico 11</b>     | <i>Distribuição da população residente no ACES Porto por nível de instrução</i>  | pág. 28 |
| <b>Figura 1</b>       | <i>Tipo de Consulta facultada pelas US</i>   | pág. 10 |
| <b>Figura 2</b>       | <i>Referenciação para outras instituições de saúde</i>   | pág. 11 |
| <b>Figura 3</b>       | <i>Actividades desenvolvidas no estágio</i>  | pág. 15 |

## 1. Introdução

No âmbito da disciplina de Medicina Comunitária (MC) do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina, da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP), foi realizado um estágio durante o período de 28 de Setembro a 23 de Outubro de 2009. A valência consistiu em 2 módulos, cada um com a duração de 2 semanas. O módulo urbano decorreu no Centro de Saúde São João (CSSJ) sob orientação do Dr. Manuel Viana; o módulo rural realizou-se na Unidade de Saúde Familiar Alcaide de Faria (USFAF) e foi orientado pelo Dr. José Faria.

A motivação para realizar um relatório de estágio em MC surgiu por esta ser uma área de grande interesse pessoal e pela vontade de contactar mais aprofundadamente com a prática médica em Cuidados de Saúde Primários (CSP), dado a formação pré-graduada em Medicina estar orientada, predominantemente, para os Cuidados Secundários. Além disso, o estágio parecia permitir uma ampla variedade de experiências clínicas, o que seria importante, para a consolidação de conhecimentos e treino de técnicas, numa etapa final do curso.

Este relatório pretende descrever as vivências experienciadas, destacando os conhecimentos adquiridos e sua contribuição para a formação académica. Como objectivos específicos, pretendeu-se:

- Descrever sumariamente as actividades desenvolvidas, salientando a sua importância na aprendizagem clínica;
- Reconhecer e demonstrar o papel da especialidade de Medicina Geral e Familiar (MGF) na formação médica pré-graduada;
- Caracterizar o CSSJ e a USFAF, salientando as suas semelhanças e divergências;
- Caracterizar a abordagem do especialista de MGF em ambiente rural e urbano;
- Comparar indicadores de execução de vacinação entre as duas Unidades de Saúde (US)

O presente relatório compreende a caracterização das US, estudo demográfico, descrição das actividades desenvolvidas, comparação dos indicadores de execução de vacinação e principais conclusões.

## 2. Cuidados de Saúde Primários

Os CSP são um elemento chave do sistema de saúde. São, frequentemente, o primeiro contacto do indivíduo com os serviços de saúde, e providenciam os cuidados essenciais, que devem estar universalmente acessíveis.<sup>1,2</sup> Os CSP estão orientados para o acompanhamento global do indivíduo ao longo de todas as fases da vida e não apenas para os episódios de doença; o doente é percebido de uma forma alargada, integrando a família e a sociedade no processo. Os CSP pretendem intervir nos problemas de saúde, não só do indivíduo, mas da comunidade em geral.<sup>1</sup>

A Organização Mundial de Saúde, na Declaração de Ata<sup>3</sup>, definiu como plano de intervenção dos CSP:

- Promoção de uma nutrição correcta e de um aprovisionamento conveniente de água potável;
- Medidas de saneamento básico;
- Saúde materna e infantil, incluindo aqui o planeamento familiar;
- Vacinação contra as grandes patologias infecciosas;
- Prevenção e redução de endemias locais;
- Educação sobre os problemas de saúde predominantes e os meios de os prevenir e tratar;
- Tratamento apropriado das doenças e dos traumatismos correntes.<sup>2</sup>

O especialista de MGF é o paradigma do médico de CSP. É da sua competência: promoção e educação para a saúde, prevenção, detecção pré-sintomática da doença, diagnóstico precoce, diagnóstico da doença estabelecida, gestão da doença e das suas complicações, reabilitação, cuidados de fim de vida e aconselhamento.<sup>1,2</sup>

### 3. Caracterização das Unidades de Saúde

O CSSJ surgiu no contexto de um protocolo estabelecido entre a Administração Regional de Saúde do Norte e a FMUP, denominado “Projecto Tubo de Ensaio”. Pertence ao Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Grande Porto VI – Porto Ocidental e localiza-se na freguesia de Cedofeita (concelho do Porto). Presta CSP a cerca de 20000 utentes, sendo a maioria residente no concelho do Porto.

A USFAF pertence ao ACES Barcelos/Esposende e localiza-se na freguesia de Vila Seca (concelho de Barcelos). A área geográfica de actuação engloba 9 freguesias do concelho de Barcelos e uma do concelho de Esposende.

Verifica-se a existência de menos profissionais na USFAF (*Tabela 1*), o que está de acordo com o número inferior de utentes. Contudo, a USFAF apresenta um ratio médico/utente superior (*Tabela 2*).

**Tabela 1: Recursos Humanos e Informáticos das US** (MGF, Medicina Geral e Familiar)

\* não estão em tempo integral (com contrato de tarefa em regime *part-time*)

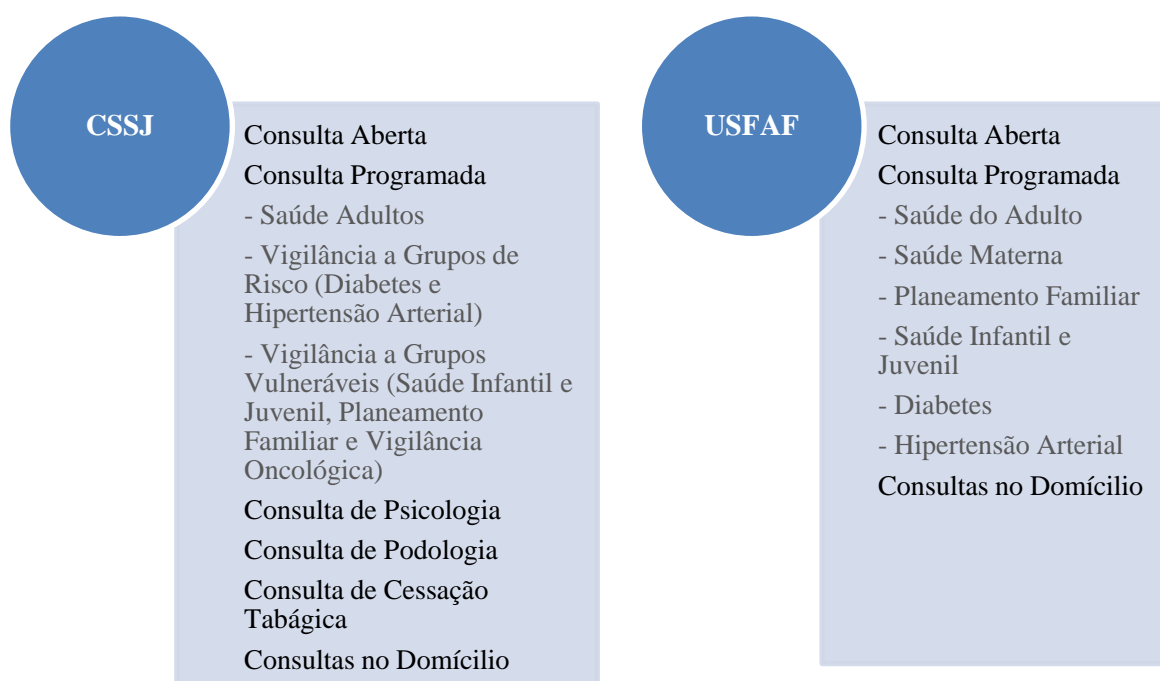
|                              | CSSJ   | USFAF  |
|------------------------------|--|--|
| <b>Recursos Humanos</b>      | 10 Médicos especialistas em MGF<br>7 internos de MGF<br>1 interno de Pediatria<br>16 Enfermeiros *<br>6 Assistentes administrativos<br>2 Auxiliares de acção médica<br>2 Psicólogos<br>1 Podologista | 6 Médicos especialistas em MGF<br><br><br>6 Enfermeiros<br>5 Assistentes administrativos<br>2 Auxiliares de acção médica |
| <b>Recursos Informáticos</b> | SINUS<br>SAM<br>Alert P1<br>HÍGIA<br>Diabcare  | SINUS<br>SAM<br>Alert P1<br>SAPE   |

**Tabela 2:** *Ratio médico/utente*

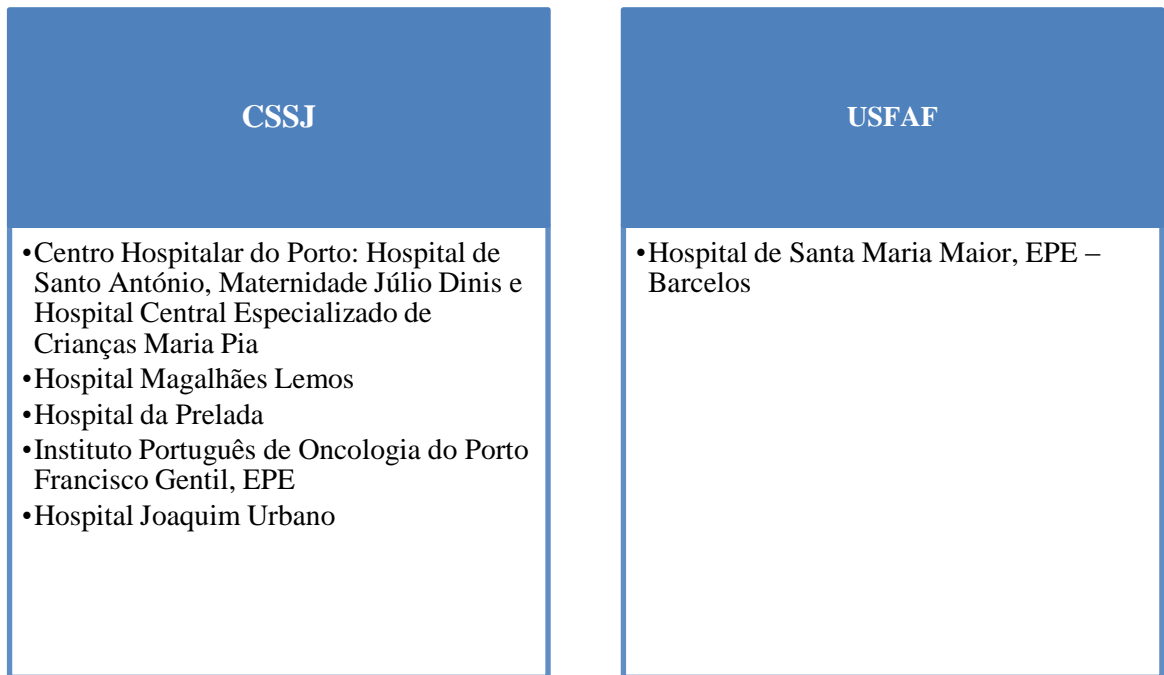
|                     | CSSJ   | USFAF  |
|---------------------|--------|--------|
| Nº Utentes          | 19901  | 11387  |
| Nº Médicos          | 10     | 6      |
| Ratio médico/utente | 1/1990 | 1/1898 |

O CSSJ participa na formação pré-graduada de Medicina e Psicologia e na formação pós-graduada de MGF e Pediatria, enquanto a USFAF participa apenas na formação pré-graduada de Medicina e Enfermagem.

Não há divergências significativas no tipo de consulta (*Figura 1*), destacando-se apenas a inexistência de Consulta de Psicologia, Consulta de Cessação Tabágica e Consulta de Podologia na USFAF.

**Figura 1:** *Tipo de Consulta facultada pelas US*

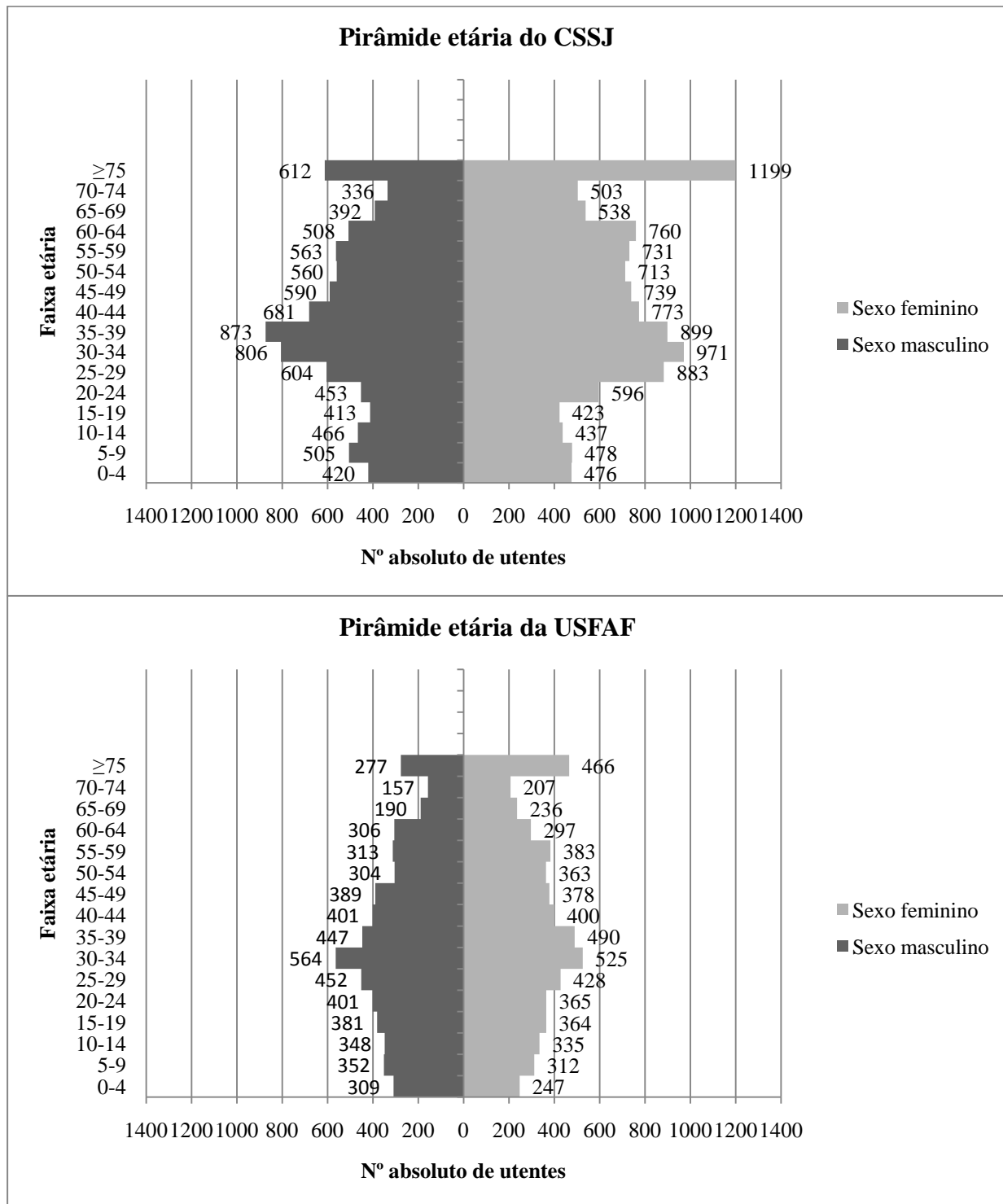
Ambas as US referenciam doentes para outras instituições de saúde, as quais estão especificadas na *Figura 2*.



**Figura 2:** *Referenciação para outras instituições de saúde* (EPE- Entidade Pública Empresarial).

Relativamente aos recursos materiais, não existem disparidades entre as US, excepto a inexistência de MAPA e electrocardiógrafo na USFAF. Também não há diferenças significativas relativamente às infra-estruturas e acessos das US.

#### 4. Estudo Demográfico

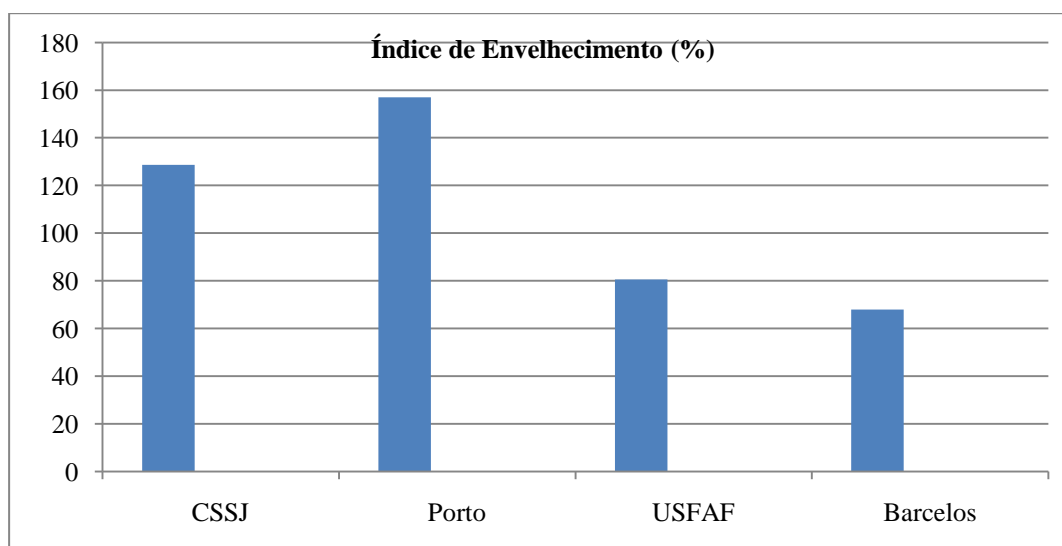


Gráficos 1 e 2: Pirâmides Etárias das US

Através da análise comparativa das pirâmides etárias (*Gráficos 1 e 2*), verifica-se que a faixa etária predominante no CSSJ é a dos 35-39 anos, no sexo masculino, e  $\geq 75$  anos, no sexo feminino; na USFAF é a dos 30-34 anos em ambos os sexos. O Índice de Envelhecimento (IE), que representa o quociente entre a população idosa ( $\geq 65$  anos) e a população jovem (0-14 anos) é no CSSJ 128,68% e na USFAF 80,55%. Os idosos representam 17,99% dos inscritos no CSSJ e 13,46% na USFAF. Verifica-se um alargamento mais acentuado do topo da pirâmide do CSSJ, reflectindo o maior envelhecimento desta população.

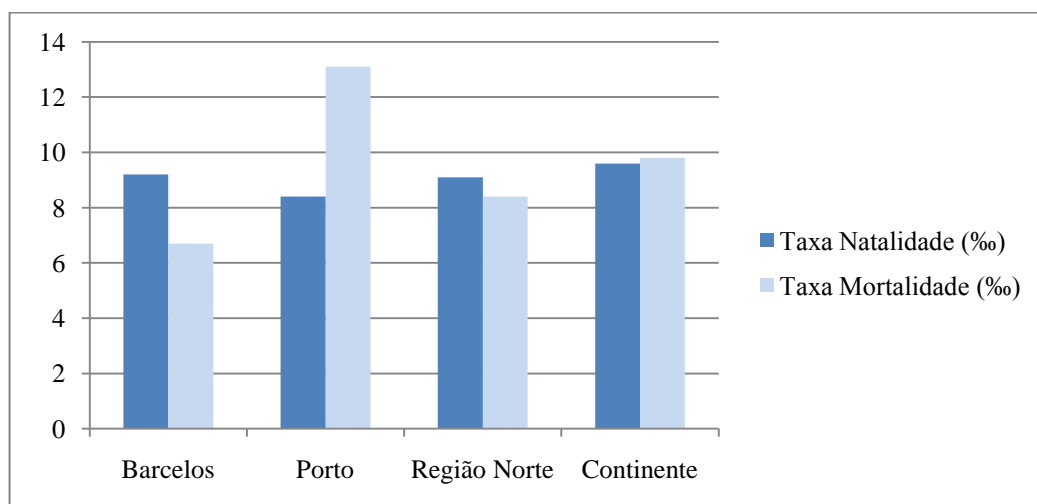
Relativamente à predominância de géneros, o sexo feminino predomina em ambas as US, sendo a diferença mais ténue na USFAF. A Relação de Masculinidade (quociente entre os indivíduos do sexo masculino e feminino) é 78,98% no CSSJ e 96,13% na USFAF.

De acordo com dados do *Instituto Nacional de Estatística (INE) 2007*, a população residente no concelho do Porto é de 221800 Hab. com uma densidade populacional (DP) de 5371,8 Hab./Km<sup>2</sup>; o concelho de Barcelos tem 124498 Hab. e uma DP de 328,6 Hab./Km<sup>2</sup>. Estes dados são concordantes com o restante território nacional, onde se verificam DP mais elevadas nos meios urbanos. Tal como o CSSJ, o Porto apresenta um IE (157,0%) superior ao de Barcelos (67,9%) (*Gráfico 3*), reflectindo uma população mais envelhecida na área urbana.



**Gráfico 3:** *Índice de Envelhecimento* Fonte: INE 2007

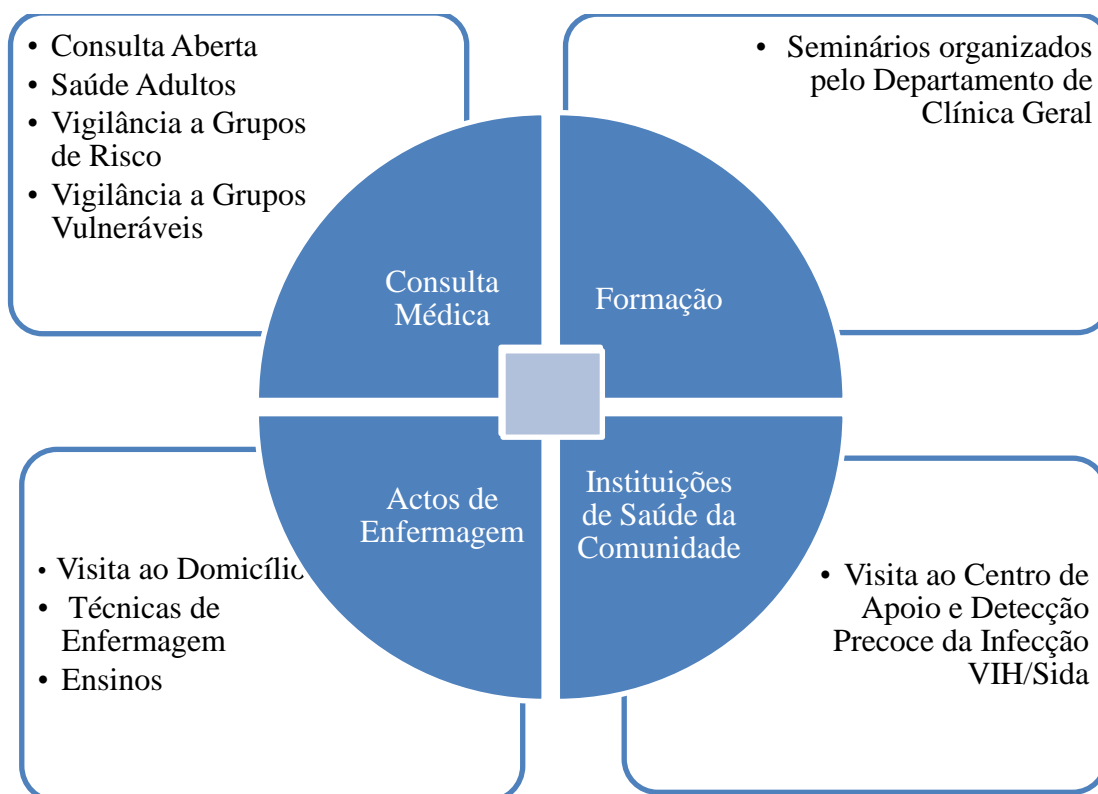
Verifica-se uma Taxa Bruta de Natalidade menor no Porto comparativamente com Barcelos e a Região Norte (RN). Barcelos apresenta uma Taxa Bruta de Mortalidade inferior ao Porto e à média nacional (*Gráfico 4*).



**Gráfico 4:** *Taxas Brutas de Natalidade e Mortalidade* Fonte: INE 2007

## 5. Descrição das Actividades

Durante o estágio, a aluna participou em sessões de formação e na Consulta Médica, acompanhou a equipa de Enfermagem e visitou estruturas de saúde da comunidade. O cronograma do estágio encontra-se no *Apêndice I*.



**Figura 3:** *Actividades desenvolvidas no estágio* (VIH, Vírus da Imunodeficiência Humana)

No início de cada módulo, o Departamento de Clínica Geral apresentou um seminário destinado aos estudantes. Os seminários tinham como objectivo indicar as principais tarefas e competências que deveriam ser desenvolvidas durante o estágio. Além disso, abordou-se a organização dos CSP e suas áreas de intervenção (Consulta de Grupos de Risco ou Vulneráveis, Saúde do Idoso, Cuidados Terminais, Imunizações, entre outras).

Em ambas as US, a aluna procurou familiarizar-se com os CSP, nomeadamente equipa de trabalho e população. No módulo rural, pôde contactar com uma população menos

instruída e mais carente do ponto de vista socioeconómico, que se debatia com graves problemas sociais, como o desemprego, o que tinha repercussões no seu bem-estar físico e psíquico. Nesse contexto, pôde confirmar a importância do enquadramento social do doente para uma melhor compreensão da sua doença e dos seus problemas. De acordo com o *Perfil de Saúde da Região Norte 2009*, a distribuição da população empregada por sectores de actividade económica é muito diferente no ACES Barcelos/Esposende e no ACES Porto (*Anexo I*). No ACES Barcelos/Esposende há um predomínio do sector secundário, enquanto no ACES Porto prevalece o sector terciário. Em ambos os ACES, verifica-se um aumento gradual do número de desempregados inscritos no Instituto de Emprego e Formação Profissional, de forma semelhante ao que ocorre na RN (*Anexo II*). Quanto ao nível de instrução (*Anexo III*), há uma percentagem maior de indivíduos com formação superior e ensino secundário/médio no ACES Porto. O ACES Barcelos/Esposende apresenta uma taxa de analfabetismo maior.

A aluna esteve presente na Consulta Programada e na Consulta Aberta, participando nas diversas áreas de actuação dos CSP. No âmbito da Educação para a Saúde, elaborou um panfleto subordinado ao tema “Intoxicações na Infância” (*Apêndice II*). A realização de histórias clínicas (*Apêndice III*) permitiu-lhe utilizar ferramentas com as quais tinha pouco contacto, como o Genograma, Psicofigura de Mitchel, Círculo Familiar de Thrower, entre outras. Teve assim oportunidade de experienciar uma abordagem médica diferente, onde o funcionamento familiar, bem como o percurso de vida do doente assumem relevância no processo patológico. A realização de Consulta Aberta tutelada foi uma experiência nova e enriquecedora, nomeadamente na compreensão da importância da comunicação na entrevista clínica. Esta actividade proporcionou o desenvolvimento da autonomia da aluna.

O registo de um dia de consultas (*Apêndice IV*) foi uma ferramenta útil na percepção dos problemas mais prevalentes em cada US. Dada a prevalência elevada de Hipertensão Arterial, a aluna considerou pertinente elaborar um fluxograma que orientasse no seu tratamento (*Apêndice V*).

Na USFAF, a aluna acompanhou o enfermeiro nos domicílios, tendo assistido à prestação de cuidados a utentes maioritariamente idosos. Pôde observar alguns casos de idosos que viviam em condições precárias, desintegrados da sociedade e, muitos deles, sem apoio familiar. A constatação de uma realidade, até então desconhecida, lembrou que a intervenção dos profissionais de saúde não pode terminar na porta da instituição. Alguns dos

idosos manifestavam sintomas depressivos e por considerar que a depressão é um problema comum das sociedades envelhecidas, a aluna elaborou uma reflexão sobre “A Depressão no Idoso” (*Apêndice VI*). Efectuou também diversos procedimentos de Enfermagem, como pesquisa de glicemias, administração de fármacos e vacinas, colocação de MAPA, realização de electrocardiograma e ensinos. Estas actividades proporcionaram o desenvolvimento da capacidade de trabalho interdisciplinar, fundamental a todo o profissional de saúde.

Durante o módulo urbano, a aluna visitou o Centro de Aconselhamento e Detecção Precoce da Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH)/Sida, onde foi realçado o papel crucial dos profissionais de saúde na prevenção e diagnóstico precoce da infecção VIH.

## 6. Vacinação

### 6.1 Introdução

O especialista de MGF está numa posição privilegiada para prestar cuidados de Medicina Preventiva a diferentes níveis, que vão desde a Prevenção Primária até à Quaternária.<sup>4,5</sup> A Prevenção Primária pretende reduzir a incidência de doença na população, através da promoção de comportamentos que a evitem.<sup>6</sup> Nesse âmbito, a vacinação assume grande relevo.<sup>5</sup>

Em todo o mundo, os programas de vacinação são uma das medidas de Saúde Pública com maior relação custo-benefício. A sua aplicação permite salvar mais vidas, através da prevenção de doenças, que qualquer outro programa médico.<sup>7,8</sup>

Portugal tem desde 1965 um Programa Nacional de Vacinação (PNV), que tem o objectivo de prevenir doenças infecciosas, cuja incidência, sequelas e letalidade sejam elevadas. Após a sua introdução, verificou-se uma marcada redução da morbidade e mortalidade das doenças infecciosas alvo de vacinação.<sup>1,7,8</sup>

O PNV é um programa universal e gratuito. Inclui vacinas contra as seguintes doenças: difteria, tétano, tosse convulsa, poliomielite, tuberculose, sarampo, parotidite, rubéola, hepatite B, infecções por *Haemophilus influenza* tipo B, doença invasiva causada por *Neisseria meningitidis* do serogrupo C (MenC) e infecções por Vírus do Papiloma Humano (HPV).<sup>7,8</sup>

A vacinação, para além da protecção individual, pode conferir, quando aplicável, imunidade de grupo; o que contribui para o controlo, eliminação ou erradicação das doenças.<sup>7</sup> Para isso, devem ser alcançadas taxas de cobertura vacinal elevadas, de cerca de 95%.<sup>8</sup> Diversos factores influenciam o êxito do PNV, desde a disponibilidade e eficácia das vacinas, aos profissionais de saúde e aos cidadãos. Aos profissionais de saúde compete conhecer o programa, divulgá-lo, motivar as famílias e aproveitar todas as oportunidades para vacinar.<sup>6,7,8</sup>

Dado o impacto da vacinação na saúde, enquanto bem individual, social e económico, a aluna considerou pertinente rever os seus indicadores de execução.

## 6.2 Métodos

Foram analisados os indicadores referentes ao ano de 2008. A recolha de dados foi efectuada através do programa *SINUS – Vacinas*.

## 6.3 Resultados

A USFAF apresenta globalmente resultados superiores ao CSSJ (*Tabela 3 e Gráfico 5*). As principais diferenças verificam-se nas coberturas das vacinas HPV em adolescentes, Tétano ou Difteria Tétano Tosse Convulsa em adultos e MenC em crianças e adolescentes, assim como na percentagem de indivíduos com o PNV actualizado aos 6 e 13 anos. Contudo, para a maioria dos indicadores, as US apresentam taxas de cobertura vacinal superiores a 95%, o que assegura imunidade de grupo, quando aplicável.

O CSSJ apresenta um número inferior de inoculações da vacina HPV. No entanto, ambas as US cumprem a meta estabelecida pela Direcção Geral de Saúde para o ano 2008 (pelo menos 50% das adolescentes da coorte de 1995 deveriam receber a 1ª dose da vacina até Dezembro).

**Tabela 3:** *Indicadores de Execução de Vacinação na USFAF e no CSSJ, Dezembro de 2008*

(BCG, Tuberculose; DTP, Difteria-Tétano-Tosse Convulsa; FV, Ficheiro de Vacinação; Hib, Doença invasiva por *Haemophilus influenzae* do serotipo b; HPV, Vírus do Papiloma Humano; MenC, Doença invasiva por *Neisseria meningitidis* do serogrupo C; VAP, poliomielite vírus atenuados; VASPR, Sarampo-Parotidite epidémica-Rubéola; VHB, Hepatite B; VIP, poliomielite vírus inactivados; Td, Tétano.)

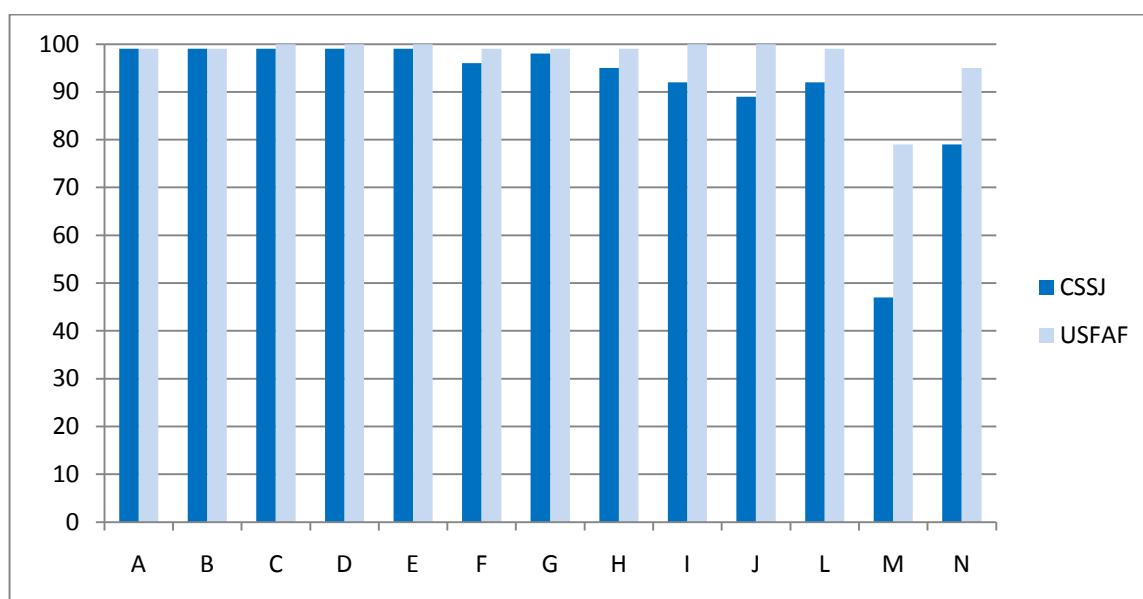
\*relativamente às inscritas no Ficheiro de Vacinação nascidas em 2006

| Indicadores de Execução                         | USFAF | CSSJ |
|---|-------|------|
| % Crianças vacinadas com DTP 3 e/ou DTP 4 * (A) | 99%   | 99%  |
| % Crianças vacinadas com Hib 3 e/ou Hib 4 * (B) | 99%   | 99%  |
| % Crianças vacinadas com VHB 3 * (C)            | 100%  | 99%  |

---

|   |      |     |
|---|------|-----|
| % Crianças vacinadas com VAP/VIP 3 * (D)  | 100% | 99% |
| % Crianças vacinadas com BCG * (E)  | 100% | 99% |
| % Crianças vacinadas com VASPR 1 * (F)  | 99%  | 96% |
| % Crianças vacinadas com MenC 2/3 nascidas em 2006 (G)  | 99%  | 98% |
| % Crianças que aos 24 meses cumpriram o PNV relativamente às inscritas no FV (H)              | 99%  | 95% |
| % Crianças que aos 6 anos de idade cumpriram o PNV relativamente às inscritas no FV (I)       | 100% | 92% |
| % Adolescentes que aos 13 anos de idade cumpriram o PNV relativamente aos inscritos no FV (J) | 100% | 89% |
| % Crianças e Adolescentes com 1 dose de MenC depois do ano de idade (L)                       | 99%  | 92% |
| % Utentes inscritos com idade $\geq$ 25 vacinados com DTP ou Td (M)                           | 79%  | 47% |
| % Adolescentes sexo feminino nascidas em 1995 com 1 dose de HPV (N)                           | 95%  | 79% |

---



**Gráfico 5:** Indicadores de Execução de Vacinação (%), Dezembro de 2008

O ACES Barcelos/Esposende e o ACES Porto apresentam coberturas vacinais semelhantes às verificadas na RN, sendo ligeiramente superiores no ACES Barcelos/Esposende (*Tabela 4*). O ACES Barcelos/Esposende, apesar das coberturas vacinais elevadas, regista uma taxa média anual de internamento hospitalar por Tosse Convulsa em crianças com menos de 1 ano de idade superior ao observado na RN e ACES Porto (*Tabela 5*).

**Tabela 4:** Coberturas Vacinais (%) em Dezembro de 2008 por coorte de nascimento Fonte: Perfil de Saúde da RN

(BCG, Tuberculose; DTP, Difetéria-Tétano-Tosse Convulsa; Hib, Doença invasiva por *Haemophilus influenzae* do serotipo b; MenC, Doença invasiva por *Neisseria meningitidis* do serogrupo C; VAP, poliomielite vírus atenuados; VASPR, Sarampo-Parotidite epidémica-Rubéola; VHB, Hepatite B; VIP, poliomielite vírus inactivados; Td, Tétano.)

| Coorte de Nascimento | Vacina/Dose | ACES Barcelos/Esposende | ACES Porto | Região Norte |
|----------------------|-------------|-------------------------|------------|--------------|
| 2008                 | BCG         | 97,7                    | 97,2       | 96,7         |
|                      | VHB 1       | 98,1                    | 97,5       | 96,4         |
| 2007                 | BCG         | 99,7                    | 98,3       | 99,1         |
|                      | VHB 3       | 99,3                    | 97,3       | 98,4         |
|                      | DTPa 3      | 99,3                    | 97,0       | 98,4         |
|                      | Hib 3       | 99,3                    | 97,0       | 98,4         |
|                      | VIP 3       | 99,3                    | 97,0       | 98,5         |
|                      | MenC 3      | 99,5                    | 97,1       | 98,0         |
| 2006                 | DTPa 4      | 98,9                    | 94,3       | 96,8         |
|                      | Hib 4       | 98,9                    | 94,1       | 96,6         |
|                      | VASPR 1     | 99,6                    | 97,7       | 98,4         |
|                      | MenC 4      | 98,9                    | 96,2       | 97,5         |

|      |           |      |      |      |
|------|-----------|------|------|------|
| 2001 | DTPa      | 99,2 | 96,9 | 98,0 |
|      | VAP/VIP 4 | 99,2 | 96,6 | 97,8 |
|      | VASPR 2   | 99,5 | 96,9 | 97,9 |
| 1994 | VHB 3     | 99,2 | 96,4 | 96,5 |
|      | VASPR 2   | 99,6 | 97,7 | 97,9 |
|      | Td        | 99,3 | 98,0 | 97,2 |

**Tabela 5:** *Número e Taxa média anual de Internamento Hospitalar por Tosse Convulsa nas crianças com menos de 1 ano de idade, 2000-2007* Fonte: Perfil de Saúde da RN

| Local da Residência     | Número de Internamentos Hospitalares | Taxa média anual de Internamento Hospitalar |
|-------------------------|--------------------------------------|---|
| Continente              | 1004                                 | 119,9                                       |
| Região Norte            | 370                                  | 118,3                                       |
| ACES Barcelos/Esposende | 99                                   | 690,2                                       |
| ACES Porto              | 20                                   | 112,2                                       |

#### 6.4 Discussão e Conclusões

Diversos factores podem estar subjacentes às diferenças observadas entre as duas US. Cerca de 30% dos utentes do CSSJ não são residentes no concelho do Porto, podendo ser vacinados noutras instituições. Estes vieses poderiam ser minimizados com a implementação de um sistema de cruzamento de dados entre as instituições. Em ambas as US, os utentes com vacinação em atraso são notificados; contudo, no CSSJ, no ano de 2008, esta estratégia não foi aplicada à população adulta nem à vacina HPV.

Em ambas as US, os resultados mais baixos são referentes à vacinação antitetânica na população adulta. Num estudo futuro, poderá ser relevante inquirir esta população, para esclarecer a existência de possíveis factores inerentes ao indivíduo que condicionem a adesão à vacinação.

O êxito do PNV pressupõe uma rigorosa monitorização e vigilância epidemiológica, visando detectar possíveis surtos e epidemias e avaliar a mortalidade e morbidade por doenças infecciosas incluídas no PNV.<sup>7</sup> É fundamental rever constantemente as taxas de cobertura vacinal na população, de forma a adequar as estratégias de vacinação, com o objectivo de alcançar o maior cumprimento possível do PNV. Como tal, a revisão de indicadores de execução revestiu-se de grande interesse pedagógico para a aluna.

## 7. Conclusões

A valência de MC constituiu um marco na formação académica da aluna, proporcionando-lhe uma pluralidade de experiências. Vivenciou uma abordagem médica única, onde a consulta não é um momento isolado, mas integra todo um processo contínuo, desde a gravidez, crescimento da criança ao envelhecimento do indivíduo. A abordagem do doente, enquanto elemento integrante de uma família e uma comunidade é algo inerente à prática médica em CSP e fundamental na formação dos estudantes de Medicina. A oportunidade de realizar a valência em contexto rural e urbano proporcionou o contacto com populações diferentes e a percepção de como factores culturais podem influenciar a dinâmica saúde-doença do indivíduo.

O estágio permitiu o contacto com uma multiplicidade de patologias, a consolidação de conhecimentos e o desenvolvimento de aptidões técnicas essenciais a qualquer médico. Para além disso, proporcionou a integração numa equipa multidisciplinar, o treino da capacidade de trabalho em equipa e o desenvolvimento da autonomia.

A excelente organização da disciplina de MC, bem como a colaboração dos orientadores de estágio, tornaram possível a concretização dos objectivos propostos.

A valência de MC constituiu uma experiência fundamental na formação profissional e pessoal da aluna. No entanto, esta considera que a duração do estágio deveria ser maior, dada a importância dos CSP no sistema de saúde.

## 8. Bibliografia

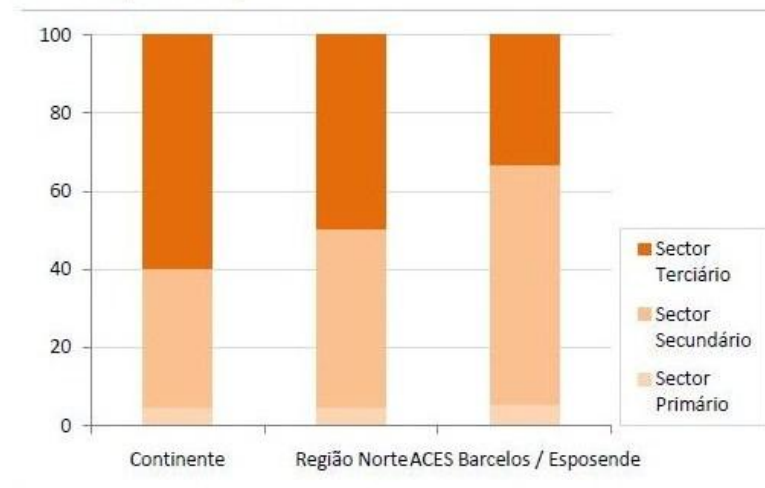
1. Biscaia, AR, Martins, JN, Carreira, MF, Gonçalves, IF, Antunes, AR, Ferrinho, P. Cuidados de Saúde Primários em Portugal – Reformar para Novos Sucessos. 1ª Edição. Lisboa: Abril 2006.
2. Organização Mundial de Saúde. The World Health Report 2008: Primary Health Care Now More Than Ever. 2008.
3. Declaração de Alma – Ata, Declaração de Edimburgo e Objectivos de Desenvolvimento do Milénio – WEB.
4. Hespanhol, AP, Couto, L, Martins, C, Viana, M. Educação para a Saúde e Prevenção na Consulta de Medicina Geral e Familiar (I). Rev Port Clin Geral 2009; 25: 236-241.
5. Hespanhol, AP, Couto, L, Martins, C, Viana, M. Educação para a Saúde e Prevenção na Consulta de Medicina Geral e Familiar (II). Rev Port Clin Geral 2009; 25: 242-252.
6. Hespanhol, AP, Couto, L, Martins, C. A Medicina Preventiva. Rev Port Clin Geral 2008; 24: 49-64.
7. Freitas, MG. Programa Nacional de Vacinação e Reforma dos Cuidados de Saúde. Rev Port Clin Geral 2007; 23: 409-414.
8. Direcção Geral da Saúde – Divisão de Doenças Transmissíveis. Programa Nacional de Vacinação 2006. Direcção Geral de Saúde. Lisboa; 2006.
9. Direcção Geral da Saúde – Divisão de Prevenção e Controlo da Doença. Programa Nacional de Vacinação (PNV) Introdução da Vacina contra infecções por Vírus do Papiloma Humano. Direcção Geral de Saúde. Lisboa; 2008.
10. Hespanhol, AP, Pinto, AS. Cinco Anos do Centro de Saúde S.João “Tubo de Ensaio”. Arquivos de Medicina 2005; 19 (3): 103-111.
11. Hespanhol, AP, Pinto, AS, Malheiro, A. O Projecto “Tubo de Ensaio”. Breve História do Centro de Saúde S.João. Rev Port Clin Geral 2002; 18: 171-186.
12. Felício, MM, Machado, V, Teixeira, C. Perfil de Saúde da Região Norte. Administração Regional da Saúde do Norte, I.P. Porto; 2009.
13. Perfil Local de Saúde 2009 ACES Porto. Administração Regional da Saúde do Norte, I.P. Porto; 2009.
14. Perfil Local de Saúde 2009 ACES Barcelos/Esposende. Administração Regional da Saúde do Norte, I.P. Porto; 2009.

15. Instituto Nacional de Estatística. Anuário de Estatística da Região Norte 2007. Portugal. INE; 2008.

## Anexos

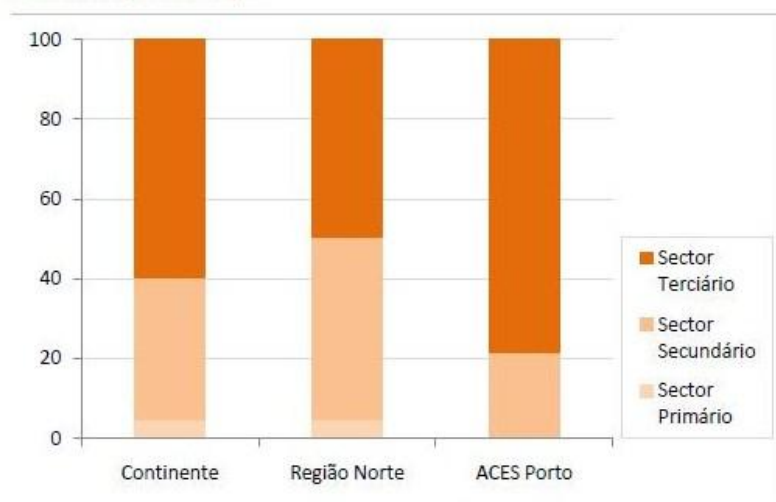
### Anexo I

DISTRIBUIÇÃO (%) DA POPULAÇÃO EMPREGADA POR SECTOR DE ACTIVIDADE ECONÓMICA (CENSO 2001)



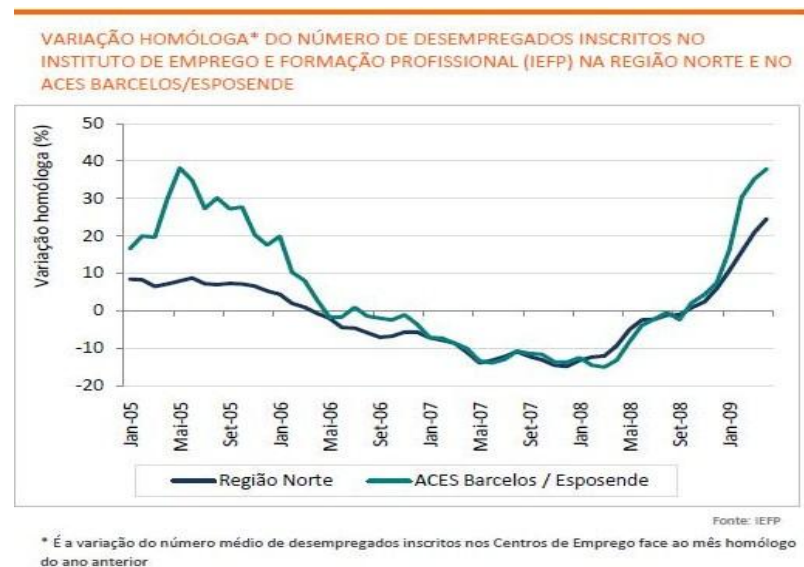
**Gráfico 6:** *Distribuição da população empregada por sector de actividade económica no ACES Barcelos/Esposende* Fonte: Perfil Local de Saúde 2009 ACES Barcelos/Esposende

DISTRIBUIÇÃO (%) DA POPULAÇÃO EMPREGADA POR SECTOR DE ACTIVIDADE ECONÓMICA (CENSO 2001)

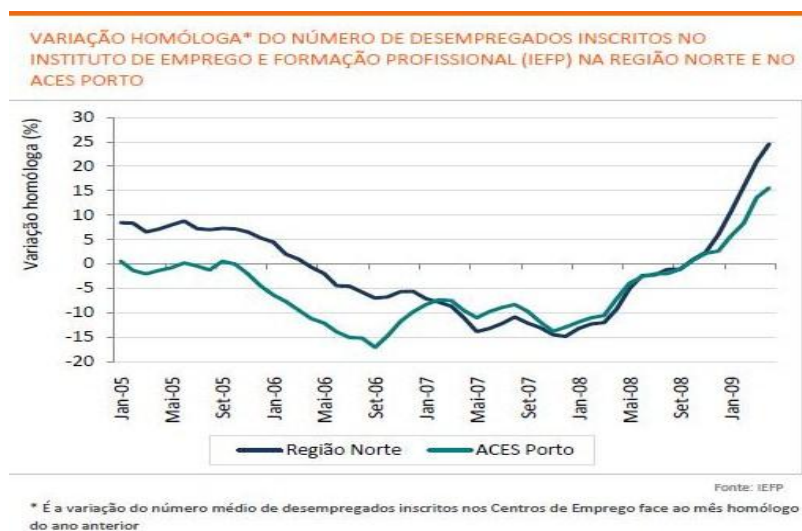


**Gráfico 7:** *Distribuição da população empregada por sector de actividade económica no ACES Porto* Fonte: Perfil Local de Saúde 2009 ACES Porto

## Anexo II



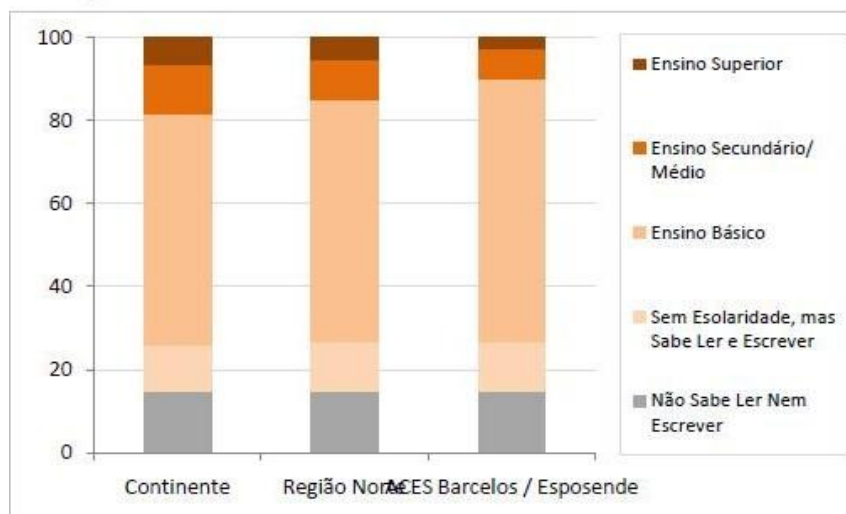
**Gráfico 8:** *Variação do número de desempregados inscritos no Instituto de Emprego e Formação Profissional na RN e no ACES Barcelos/Esposende, em 2009* Fonte: Perfil Local de Saúde 2009 ACES Barcelos/Esposende



**Gráfico 9:** *Variação do número de desempregados inscritos no Instituto de Emprego e Formação Profissional na RN e no ACES Porto, em 2009* Fonte: Perfil Local de Saúde 2009 ACES Porto

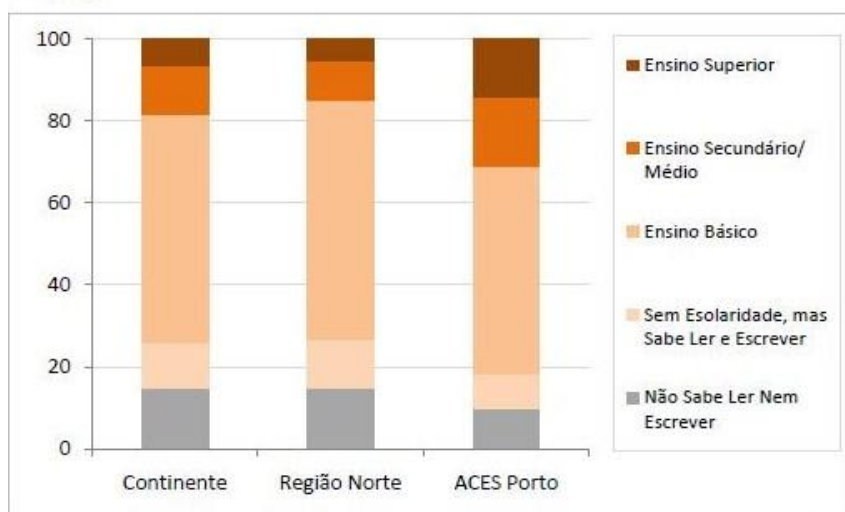
### Anexo III

DISTRIBUIÇÃO (%) DA POPULAÇÃO RESIDENTE POR NÍVEL DE INSTRUÇÃO (CENSO 2001)



**Gráfico 10:** Distribuição da população residente no ACES Barcelos/Esposende por nível de instrução Fonte: Perfil Local de Saúde 2009 ACES Barcelos/Esposende

DISTRIBUIÇÃO (%) DA POPULAÇÃO RESIDENTE POR NÍVEL DE INSTRUÇÃO (CENSO 2001)



**Gráfico 11:** Distribuição da população residente no ACES Porto por nível de instrução Fonte: Perfil Local de Saúde 2009 ACES Porto.

## Apêndices

### Apêndice I- Cronograma do Estágio

#### Módulo Rural: Unidade de Saúde Familiar Alcaides de Faria

|              | 28/09/2009 | 29/09/2009                                  | 30/09/2009                           | 1/10/2009                        | 2/10/2009                   |
|--------------|------------|---|--------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|
| <b>Manhã</b> | Seminário  | Consulta de Hipertensão Arterial e Diabetes | Consulta de Saúde Infantil e Juvenil | Consulta de Saúde Materna        | Visita ao Domicilio         |
| <b>Tarde</b> |            | Consulta de Saúde do Adulto                 | Consulta Aberta                      | Consulta de Planeamento Familiar | Consulta de Saúde do Adulto |

|              | 6/10/2009                                   | 7/10/2009                            | 8/10/2009                        | 9/10/2009                   |
|--------------|---|--------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|
| <b>Manhã</b> | Consulta de Hipertensão Arterial e Diabetes | Consulta de Saúde Infantil e Juvenil | Consulta de Saúde Materna        | Visita ao Domicilio         |
| <b>Tarde</b> | Procedimentos de Enfermagem                 | Procedimentos de Enfermagem          | Consulta de Planeamento Familiar | Consulta de Saúde do Adulto |

### Módulo Urbano: Centro de Saúde São João

|              | 12/10/2009 | 13/10/2009 | 14/10/2009                  | 15/10/2009 | 16/10/2009                  |
|--------------|------------|------------|-----------------------------|------------|-----------------------------|
| <b>Manhã</b> | Seminário  |            | Procedimentos de Enfermagem | Consulta   | Procedimentos de Enfermagem |
| <b>Tarde</b> |            | Consulta   | Consulta                    |            |                             |

|              | 19/10/2009 | 20/10/2009                  | 21/10/2009    | 22/10/2009 | 23/10/2009                  |
|--------------|------------|-----------------------------|---------------|------------|-----------------------------|
| <b>Manhã</b> |            | Procedimentos de Enfermagem | Visita ao CAD | Consulta   | Procedimentos de Enfermagem |
| <b>Tarde</b> | Consulta   | Consulta                    | Consulta      |            |                             |

## Apêndice II – Folheto de Educação para a Saúde

### Como proceder em caso de intoxicação

*Mantenha a calma! Não se precipite, mas não perca tempo!*

Identifique o tóxico, a quantidade ingerida e as características da intoxicação.

Telefone para o CIAV (Centro de Informação Antivenenos do Inem)  
808250143



Este serviço médico funciona 24 horas por dia, todos os dias do ano. Para cada situação serão aconselhadas as medidas que deverá tomar.



Informe o médico do CIAV das circunstâncias em que o acidente ocorreu, nomeadamente hora provável, o nome do tóxico e quantidade usada.

A sua colaboração é fundamental!

Preste atenção às perguntas efectuadas!

Sigas as instruções indicadas!

### INTOXICAÇÕES

LIGUE

808250143



Se não conseguir contactar o CIAV, ligue 112 ou dirija-se ao hospital mais próximo!

Leve as embalagens suspeitas e os vómitos! Não se esqueça que qualquer informação acerca do acidente poderá ser útil!

*"Há sempre alguma coisa que queríamos fazer e não fizemos. Mas de nada vale lamentar-nos!"*

S. Butler

APOSTE NA PREVENÇÃO! ESTEJA ALERTA!



Carina Arantes

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Centro de Saúde São João

### Intoxicações na infância



Promova uma infância feliz sem acidentes! Prevenir é essencial! Saiba como o fazer!



### Intoxicações na infância...saiba como evitar!



*"Tudo é veneno e nada é veneno, só a dose faz o veneno!"*  
Paracelso

- De um modo geral, qualquer substância ingerida em quantidades elevadas pode ser tóxica.
- As crianças são um grupo vulnerável. São imprevisíveis e curiosas, sendo facilmente tentadas a experimentar.



Em 2007, 10673 crianças sofreram intoxicações! A maioria ocorreu com comprimidos, detergentes, cosméticos e pesticidas.

- Em sua casa existem substâncias potencialmente perigosas! Saiba reconhecer o perigo e tome as devidas precauções!

#### PARA EVITAR INTOXICAÇÕES:

- Não tome nem dê medicamentos às escaras. Não dê medicamentos sem indicação médica.
- Confirme as doses dos medicamentos antes de os administrar às crianças.
- Guarde os medicamentos e produtos tóxicos (produtos de limpeza, bebidas alcoólicas, cosméticos, pesticidas) longe dos alimentos, em armários altos e fechados à chave.
- Evite tomar medicamentos em frente das crianças porque elas gostam de imitar os adultos. As crianças mais novas confundem medicamentos com rebugados, gomas e outros doces.
- Entregue na farmácia medicamentos que não necessita ou que se encontram fora do prazo de validade.



- Não aplique raticidas ou bolas de naftalina em locais visíveis ou acessíveis a crianças.
- Não utilize embalagens vazias (garrafas de água ou de sumo) para guardar produtos como lixivia ou detergentes. Mantenha-os nas suas embalagens originais, com os rótulos intactos.

- Prefira embalagens com tampa resistente à abertura por crianças.
- Mantenha as instalações do gás em bom estado e, se possível, com dispositivos de segurança.



- Não tenha plantas tóxicas em casa ou no jardim, tendo crianças pequenas.
- Não deixe abandonadas embalagens de pesticidas destapadas, vazias ou vasilhas com restos de calda.

- Ensine as crianças mais velhas a interpretar os rótulos das embalagens.



C- Corrosivo



Xn- Nocivo



R- Radioactivo



F- Inflamável



E- Explosivo ou instável



Xi- Irritante



O- Oxidante ou comburente



T- Tóxico

## Apêndice III – História Clínica

### HISTÓRIA CLÍNICA

**Local de realização da história clínica:** Unidade de Saúde Familiar Alcaide de Faria

**Data de colheita de história clínica:** 6 de Outubro de 2009

**Fonte e fiabilidade da informação:** informação fornecida pela própria doente, que se mostrou colaborante e disponível. Informação aparentemente fiável e fidedigna.

### DADOS DE BASE

#### Identificação

**Nome:** J.M.F.C.

**Sexo:** feminino

**Idade:** 54 anos

**Raça:** caucasiana

**Estado civil:** casada

**Profissão:** desempregada (ex-operária têxtil)

**Naturalidade:** Vila Seca – Barcelos

**Residência:** Vila Seca – Barcelos

#### Antecedentes Pessoais

#### Doenças Prévias

- ✘ Sarampo e rubéola na infância. Desconhece outras doenças da infância.
- ✘ Tuberculose pulmonar aos 16 anos.
- ✘ Insuficiência venosa periférica dos membros inferiores desde os 45 anos.
- ✘ Fibromioma uterino com metrorragias recorrentes.

- ✘ Diabetes Mellitus tipo 2 diagnosticado aos 50 anos; medicada com metformina.
- ✘ HTA essencial diagnosticada aos 52 anos; medicada com indometacina e bisoprolol.
- ✘ Dislipidemia desde os 52 anos; medicada com sinvastatina.
- ✘ Patologia osteoarticular
- ✘ Insónia inicial

### Acidentes

- ✘ Acidente de viação em 1989 (34 anos), tendo sofrido fractura exposta do perónio direito. Internamento de 1 semana após intervenção cirúrgica.

### Intervenções Cirúrgicas

- ✘ 1989 – Correção cirúrgica de fractura exposta do perónio direito.
- ✘ 2005 – Histerectomia (fibromioma uterino de grandes dimensões)

### História Ginecológica

- ✘ Menarca aos 13 anos.
- ✘ Cataménios de 5 dias e interlúnios de 28 dias. Ciclos regulares.
- ✘ Coitarca aos 18 anos.
- ✘ Uso de pílula combinada entre os 20 anos e os 45 anos. Uso de preservativo como método contraceptivo desde os 45 anos até à histerectomia.
- ✘ Metrorragias a partir dos 49 anos. Diagnosticado fibromioma uterino, tendo sido submetida posteriormente a histerectomia.
- ✘ Menopausa aos 52 anos. Não efectuou terapêutica hormonal de substituição.
- ✘ Nega infecções urinárias de repetição, vulvovaginites, doença inflamatória pélvica, doenças sexualmente transmissíveis e outras doenças do foro ginecológico.

### História Obstétrica

- ✘ 2 GESTA, 2 PARA
- ✘ 1ª Gravidez aos 22 anos; gravidez sem intercorrências. Parto eutócico.

- ✘ 2ª Gravidez aos 24 anos; gravidez sem intercorrências. Parto distócico.

### Hábitos e factores de risco

- ✘ Nega hábitos tabágicos e hábitos alcoólicos.
- ✘ Nega consumo de drogas.
- ✘ Alimentação: 5 refeições por dia (pequeno almoço, lanche, almoço, lanche e jantar).  
Nega preferência por carne ou peixe. Refere consumo reduzido de frutas e vegetais.  
Restrição salina.
- ✘ Nega prática de exercício físico regular.
- ✘ Nega transfusões sanguíneas prévias.
- ✘ Desconhece grupo sanguíneo.
- ✘ Nega alergias alimentares, medicamentosas e outras.
- ✘ Nega viagens recentes.
- ✘ PNV actualizado.

### Medicação Habitual

- ✘ Metformina
- ✘ Sinvastatina
- ✘ Diclofenac
- ✘ Indometacina
- ✘ Bisoprolol
- ✘ Alprazolam

### Antecedentes Familiares

- ✘ Pai - faleceu aos 55 anos com neoplasia pulmonar.
- ✘ Mãe - faleceu com 82 anos (desconhece a causa). Diabetes Mellitus tipo 2, HTA e dislipidemia.
- ✘ Irmão - 60 anos, Diabetes Mellitus tipo 2 e HTA.
- ✘ Irmã - 58 anos, HTA e dislipidemia.

- ✘ 2 filhos saudáveis.
- ✘ Nega outros antecedentes de relevo.

## Biopatografia

| Data       | Evento  |
|------------|---|
| 19/01/1955 | Nasceu na freguesia de Vila Seca (concelho de Barcelos). 3ª filha de um casal de agricultores.  |
| 1961       | Iniciou o ensino primário com 6 anos, tendo completado o 2º ciclo (6º ano). Foi boa aluna e manteve sempre boa relação com colegas e professores. Não prosseguiu os seus estudos por falta de recursos financeiros. Refere dificuldades financeiras na infância, mas considera ter sido uma fase da vida muito feliz. |
| 1969       | Começa a trabalhar como empregada doméstica. Teve boa relação com a família para a qual trabalhava, mantendo ainda hoje uma relação de amizade.   |
| 1971       | Tuberculose Pulmonar.   |
| 1973       | Muda de emprego; começa a trabalhar como operária têxtil numa empresa com sede em Barcelos. Manteve esse emprego até 2006.  |
| 1975       | Casamento   |
| 1976       | Pai falece com 55 anos por cancro do pulmão. Luto.  |
| 1977       | Nascimento do 1º filho. Gravidez desejada e sem intercorrências. Actualmente o filho tem 32 anos, é casado e tem um filho; reside em Vila Seca.   |
| 1979       | Nascimento do 2º filho. Gravidez desejada e sem intercorrências. Actualmente a filha tem 30 anos, é solteira e vive com os pais.  |
| 1989       | Acidente de viação  |
| 2003       | Casamento do filho  |
| 2005       | Histerectomia<br>Diagnóstico de DM tipo 2   |
| 2006       | É despedida da empresa têxtil, sentindo-se injustiçada com a situação.<br>Nascimento do 1º neto (sexo masculino). Momento particularmente feliz para a doente, que desejava muito ter um neto.  |
| 2007       | Morte da mãe<br>Menopausa<br>Diagnóstico de dislipidemia e HTA essencial  |

2008

Insónia inicial.

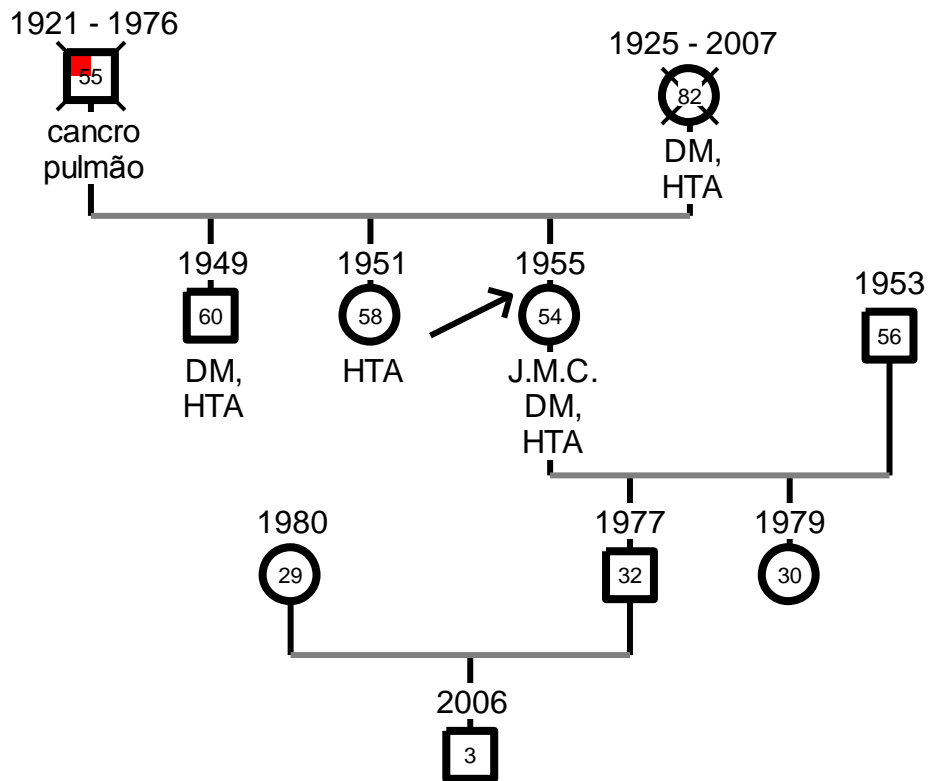
### História Social e Profissional

Actualmente desempregada, trabalhou durante 33 anos como operária têxtil. Têm o 6º ano de escolaridade. O marido tem o 6º ano de escolaridade e é encarregado de obras numa empresa de construção civil. Vive com o marido e a filha em moradia própria com 4 quartos, 2 casas de banho, 1 cozinha e 1 sala. A habitação possui electricidade, saneamento e água canalizada. Têm como animais domésticos, um cão, galinhas e coelhos.

|                                      | <b>Escala de Graffar</b>  |
|--------------------------------------|---|
| <i>Profissão</i>                     | 3 - Encarregado (marido)  |
| <i>Nível de Instrução</i>            | 4 – Ensino primário completo (6 anos de escolaridade)   |
| <i>Fontes de rendimento Familiar</i> | 3 – Vencimento mensal fixo  |
| <i>Conforto do alojamento</i>        | 2 – Casa que, sem ser de luxo como os da categoria anterior, é, não obstante, espaçosa e confortável. |
| <i>Aspecto do bairro habitado</i>    | 3 – Ruas comerciais, ruas estreitas e antigas.  |
| <b>Pontuação Total</b>               | <b>15 Classe III – Média</b>  |

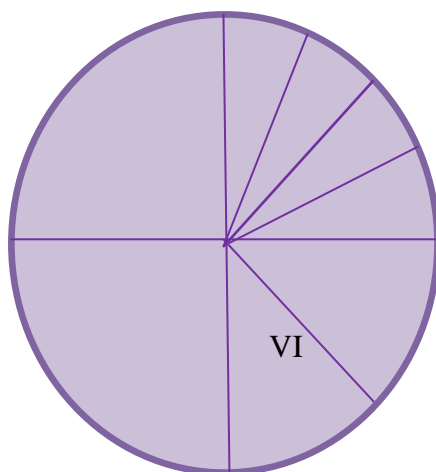
## ABORDAGEM FAMILIAR

### Genograma



### Ciclo de vida familiar de Duvall

O ciclo de vida familiar define as etapas pelas quais a família passa durante a sua evolução. Considero que este agregado familiar se encontra no estágio VI (família com adulto jovem a sair de casa).



### Apgar Familiar de Smilkstein

| Apgar  | Quase sempre | Algumas vezes | Quase Nunca |
|--|--------------|---------------|-------------|
| Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.   | X            |               |             |
| Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.            | X            |               |             |
| Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida.                    | X            |               |             |
| 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            |               |             |
| Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.  | X            |               |             |

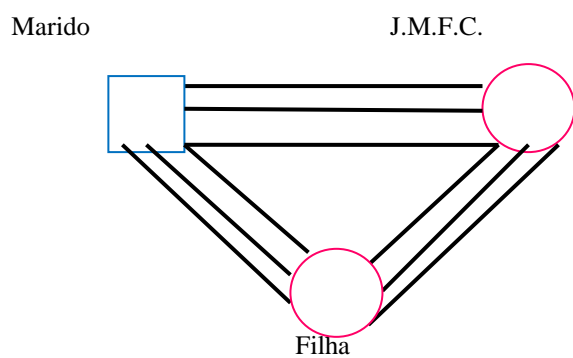
**Total = 10 pontos Família funcional.**

## Dinâmica Familiar de Minuchin

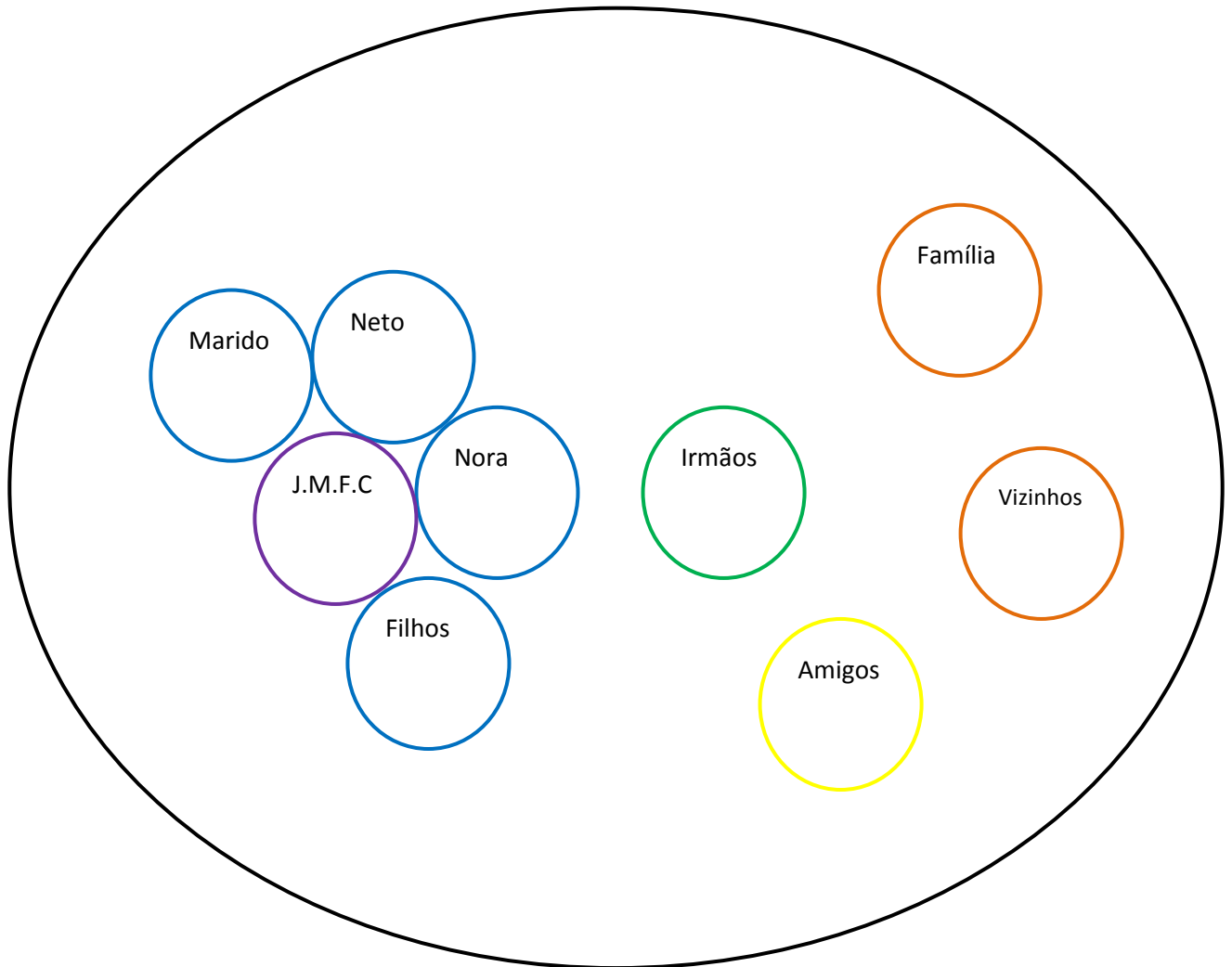
Família funcional – Coesa

### Psicofigura de Mitchel

O agregado familiar é constituído pela doente, seu marido e filha. Segundo a doente, há uma relação excelente entre os três.



## Círculo Familiar de Thower



O Círculo familiar de Thower é a representação gráfica do valor que têm para o indivíduo os familiares, amigos, pessoas, objectos e seres próximos. A interpretação deste esquema é feita com base na disposição interna ou externa ao círculo, bem como pela proximidade entre os diferentes círculos. A doente coloca dentro do círculo familiar toda a sua família, amigos e vizinhos, pois considera serem pessoas com as quais têm uma relação de proximidade muito forte. As pessoas mais próximas de si são o marido, os filhos, o neto e a nora; considera ter com todos eles uma relação muito forte. De seguida coloca os irmãos e os amigos. No extremo do círculo coloca a restante família e os vizinhos que considera serem importantes na sua vida, mas não tanto como os anteriores.

## CAPACIDADES INDIVIDUAIS

**Locomoção:** não tem qualquer limitação da locomoção, sendo totalmente independente nas actividades da vida diária.

**Sentidos:** sem alterações auditivas ou sensitivas. Orientada no tempo e no espaço e com boa memória para eventos passados.

**Cuidados de higiene diários:** procede diariamente à sua higiene diária básica sem necessidade de ajuda.

**Adesão à medicação:** refere cumprir medicação.

## FOLHA DE CONSULTA

### Motivo de Consulta

Vigilância de HTA e DM tipo 2

### S. Subjectivo

Sem queixas. Assintomático.

## O. Objectivo

### Exame Objectivo

#### Estado Geral

- ✘ Doente consciente, colaborante, orientada no espaço e no tempo. Idade aparente coincidente com idade real. Bom estado geral. Sem sinais de sofrimento agudo ou crónico.
- ✘ Pele e mucosas hidratadas e coradas. Escleróticas anictéricas. Ausência de cianose central ou periférica. Sem edemas evidentes.

#### Parâmetros antropométricos

Peso: 57 Kg

Altura: 1,62 m

Índice de Massa Corporal: 21,7 Kg/m<sup>2</sup>

#### Parâmetros Vitais

Tensão Arterial: 135/82 mmHg

Frequência Cardíaca: 67 bpm

Frequência Respiratória: 17 cpm

Temperatura axilar: 36,6°

#### Auscultação Pulmonar

Sons respiratórios presentes bilateralmente, de intensidade normal e simétricos. Razão inspiração/expiração normal. Sem sibilos, roncos, crepitações ou outros ruídos adventíceos.

## Auscultação Cardíaca

S1 e S2 presentes de intensidade normal. Sem S3 e S4. Sem sopros ou atrito pericárdico.

## Abdómen

**Inspecção:** abdómen de configuração normal, móvel com os movimentos respiratórios. Sem circulação colateral venosa. Sem peristaltismo e pulsatilidades visíveis. Sem massas e cicatrizes. Sem rarefacção pilosa. Pigmentação normal.

**Auscultação:** ruídos hidroaéreos de intensidade e localização normal; sem sopros.

**Percussão:** macicez entre o 6º espaço intercostal e bordo inferior da grade costal; restantes áreas com timpanismo.

**Palpação:** fígado e baço não palpáveis; sem contractura; sem dor á palpação superficial e profunda; sem tumefacções, hérnias e adenomegalias palpáveis.

## Exame Neurológico

- ✘ Doente consciente, acordado; orientado no espaço e no tempo.
- ✘ Linguagem normal
- ✘ Sem alterações da função cerebelosa (ausência de dismetria na prova dedo-nariz).
- ✘ Sem alterações dos nervos oculomotores

## Membros

- ✘ Tónus muscular normal
- ✘ Preservação da força muscular

## Exames complementares de diagnóstico

Glicose plasmática- 105 mg/dl

HbA1c- 6,2 mg/dl

Colesterol total 188 mg/dl

### A. Avaliação diagnóstica

Diabetes Mellitus tipo 2

Dislipidemia

Hipertensão arterial

### Lista de Problemas

| Problemas Activos                           | Problemas Passivos           |
|---|------------------------------|
| Insuficiência venosa periférica desde 2000. | Tuberculose pulmonar em 1971 |
| Diabetes Mellitus tipo 2 desde 2005         | Luto (morte do pai) em 1976  |
| Desempregada desde 2006                     | Acidente de viação em 1989   |
| Insónia inicial desde 2006                  | Histerectomia em 2005        |
| Hipertensão arterial desde 2007             | Luto (morte da mãe) em 2007  |
| Dislipidemia desde 2007                     |                              |

### P. Plano

- ✘ Manutenção da terapêutica habitual e reforço da necessidade de aderência à terapêutica.
- ✘ Incentivo à prática de exercício físico e de hábitos alimentares saudáveis.
- ✘ Incentivo ao auto-controle glicémico.
- ✘ Aconselhamento sobre medidas de higiene do sono.
- ✘ Pedido estudo analítico com hemograma, função renal, perfil lipídico, glicose plasmática e HbA1c.
- ✘ Agendada consulta trimestral de controlo de DM 2.

## **Bibliografia**

Caeiro, RT. Registos Clínicos em Medicina Familiar. Instituto de Clínica Geral da zona sul. 1<sup>a</sup> Edição, 1991. Édipo, edição electrónica.

## Apêndice IV – Registo de um dia de Consultas

### Valência Rural – Unidade de Saúde Familiar Alcaide de Faria – Centro de Saúde de Barcelinhos

30 de Setembro de 2009

8h-13h - Consulta de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus

14h-20h – Consulta Geral

#### Consulta de HTA e DM

##### Caso 1

M.E.C.F., sexo feminino, 53 anos, raça caucasiana.

**Motivo de Consulta:** Controlo de DM 2.

Doente com DM 2 diagnosticado em 2006, a fazer antidiabéticos orais desde 2007. Medicada com metformina, sinvastatina, diclofenac, indometacina, lorazepam, bisoprolol e omeprazole. Apresentava glicemia em jejum de 180 mg/dl; verificou-me mau controlo glicémico nos últimos 3 meses.

**Problemas:** Mau controlo glicémico; HTA controlada; dislipidemia; obesidade; patologia osteoarticular; patologia ulcerosa péptica.

**Orientação Clínica:** Foi proposto à doente alteração dos hábitos alimentares e aumento da actividade física diária; pondera-se referenciar para Consulta de Nutrição. Pedido estudo analítico com hemograma, perfil hepático, perfil lipídico, função renal, glicose plasmática e HbA1C. Pedido ECG. Agendada consulta trimestral de DM.

##### Caso 2

A.M.Q., sexo feminino, 79 anos, raça caucasiana.

**Motivo de Consulta:** Controlo de DM 2

Doente com DM 2 desde 2002 medicada com antidiabéticos orais. Sem queixas. Medicada com acarbose, glimepidina, furosemida, digoxina, citicolina, lansoprazole, clopidogrel, olmersartan, paracetamol. Apresentava glicemia capilar em jejum de 95 mg/dl. TA- 134/53 mmHg FC- 56 bpm; Peso 65 kg; IMC- 28 kg/m<sup>2</sup>.

**Problemas:** DM 2; HTA; dislipidemia; insuficiência cardíaca; anemia (em estudo); derrame pleural há cerca de um mês de etiologia cardíaca.

**Orientação Clínica:** Ecocardiograma e ECG. Estudo analítico com hemograma e cinética do ferro. Pesquisa de sangue oculto nas fezes. Agendada consulta trimestral de DM.

### **Caso 3**

A.P.M., sexo masculino, 67 anos, raça caucasiana.

**Motivo de Consulta:** Controlo de DM 2

Doente com DM 2 desde 1998 a fazer antidiabéticos orais. Sem queixas. Medicado com ácido acetilsalicílico, metformina, rosiglitazona, telmisartan, amlodipina, glibenclamida, omeprazole. Apresentava glicemia capilar em jejum de 150 mg/dl. TA- 143/72 mmHg; Peso 72,8 kg; IMC- 29 kg/m<sup>2</sup>.

**Problemas:** DM 2; HTA; dislipidemia; retinopatia diabética; refluxo gastroesofágico; má adesão á terapêutica.

**Orientação Clínica:** O doente foi estimulado a aumentar a sua actividade física diária e a ter uma alimentação equilibrada. Pedido estudo analítico com hemograma, perfil hepático, perfil lipídico, glicose plasmática, HbA1C, ácido úrico, PSA e função renal. Pedido ECG. Referenciado para a Consulta de Oftalmologia. Agendada consulta trimestral.

### **Caso 4**

J.B.S., sexo masculino, 65 anos, raça caucasiana.

**Motivo de Consulta:** Consulta de HTA

Doente com HTA essencial diagnosticada em 2008; medicado com losartan. Sem queixas. TA- 169/88 mmHg; FC- 80 bom; Peso- 77 kg; IMC- 29 kg/m<sup>2</sup>.

**Problemas:** HTA não controlada; dislipidemia; maus hábitos alimentares.

**Orientação Clínica:** Restrição salina. Actividade física diária. Inicia terapêutica com sinvastatina. Agendada consulta trimestral (ponderar associação de outro anti-hipertensor).

### **Caso 5**

J.M.F., sexo masculino, 72 anos, raça caucasiana.

**Motivo de Consulta:** Controle de DM 2

Doente com DM 2 desde 1990, a fazer antidiabéticos orais. Refere câibras durante a noite. Sem outras queixas. Medicado com isradipina, indapamida, ácido acetilsalicílico, metformina, rosiglitazona, valsartan e hidroclorotiazida, rosuvastatina e alopurinol.

**Problemas:** Mau controlo glicémico, tendo-se verificado nos últimos tempos hiperglicemia pós-prandial. Dislipidemia; Doença cardíaca isquémica com angina; Défice de Magnésio; Hiperuricemia.

**Orientação Clínica:** Incentivo ao auto-controle glicémico. Dieta equilibrada e exercício físico. Prescrição de aspartato de magnésio. Pedido estudo analítico com hemograma, perfil hepático, perfil lípidico, glicose plasmática, HbA1C, ácido úrico, PSA e função renal. Pedido ECG. Referenciado para a Consulta de Oftalmologia para avaliação anual. Agendada consulta trimestral de DM.

### **Caso 6**

M.A.F.C., sexo feminino, 77 anos, raça caucasiana.

**Motivo de Consulta:** Consulta de HTA

Doente com HTA essencial diagnosticada em 2001. Queixas de dores osteoarticulares. Medicada com enalapril, hidroclorotiazida, pravastatina e clopidogrel. TA- 144/58 mmHg; Peso 46 kg; IMC- 18 kg/m<sup>2</sup>.

**Problemas:** HTA; dislipidemia; diminuição da mobilidade do membro inferior esquerdo (sequela de AVC há 8 anos); patologia osteoarticular dolorosa.

**Orientação Clínica:** Prescrição da vacina da gripe e de diclofenac (em SOS). Agendada consulta trimestral de HTA.

### **Caso 7**

M.E.P.G., sexo feminino, 49 anos, raça caucasiana.

**Motivo de Consulta:** Controlo de DM e HTA

Doente com DM 2 desde 2000, a fazer antidiabéticos orais. HTA diagnosticada em 2008. Medicada com nifedipina, diazepam, fluoxetina, gliclazida, ramipril, ácido acetilsalicílico, sinvastatina, ezitimibe, metformina e rosiglitazona. TA- 166/99 mmHG; Glicemia capilar em jejum- 134 mg/dl; Peso 79 kg; IMC- 38 kg/m<sup>2</sup>.

**Problemas:** HTA não controlada; DM 2; dislipidemia; insónia; sintomas depressivos; excesso de peso.

**Orientação Clínica:** Restrição salina. Dieta equilibrada e aumento da actividade física diária. Referenciar para Consulta de Psiquiatria. Agendada consulta trimestral de HTA e DM.

### **Caso 8**

D.G.S., sexo feminino, 67 anos, raça caucasiana.

**Motivo de Consulta:** Controlo de DM 2 e HTA.

Doente com DM 2 desde 2005, a fazer antidiabéticos orais. HTA essencial diagnosticada em 2007. Queixas de dores no ombro direito e diminuição da mobilidade do membro superior homolateral. Medicada com alprazolam, furosemida, pioglitazona, glimapiride, naterglinide, ácido acetilsalicílico, sinvastatina, valsartan e hidroclorotiazida. Glicemia capilar em jejum- 204 mg/dl; TA- 168/73 mmHg; Peso- 76 Kg; IMC- 31,2 kg/m<sup>2</sup>.

**Problemas:** Mau controlo glicémico; HTA não controlada; patologia osteoarticular; diminuição da mobilidade do membro superior direito.

**Orientação Clínica:** Incentivo ao auto-controle glicémico. Dieta equilibrada com restrição salina. Aumento da actividade física diária. Ponderar insulinoterapia. Pedido estudo analítico com hemograma, perfil hepático, perfil lipídico, função renal, glicose plasmática e HbA1C. Pedido ECG. Referenciada para a Consulta de Oftalmologia e para a Consulta de Medicina Física e Reabilitação. Agendada consulta trimestral de DM e HTA.

## Consulta Geral

### Caso 1

J.A.M., sexo masculino, 62 anos, raça caucasiana.

**Motivo da Consulta:** sintomas urinários

Doente recorre ao médico por ardência ao urinar e hesitação. Nega hematúria, alteração das características da urina, febre, dor lombar ou inguinal. Medicação habitual: tansulosina, valsartan, hidroclorotiazida, ácido acetilsalicílico, sinvastatina, dislipinae monitrato de isossorbido.

**Problemas:** Hipertrofia benigna da próstata; Bexiga Hiperactiva; Cólica renal em Agosto de 2009; HTA; Dislipidemia; Angor de esforço.

**Orientação Clínica:** Aumento da ingestão hídrica. Pedido estudo analítico com hemograma, função renal, perfil lipídico, ácido úrico e PSA. Pedido sedimento urinário, bacteriológico da urina e ecografia renal. Referenciado para Consulta de Urologia. Prescrição da vacina da Gripe.

### Caso 2

A.S.R., sexo feminino, 71 anos, raça caucasiana.

**Motivo de Consulta:** consulta de rotina.

Doente com DM 2 e HTA essencial. Apresenta análises laboratoriais de rotina com as seguintes alterações: glicose plasmática 149 mg/dl; HbA1C 7,7 e Taxa de Filtração

Glomerular 66 ml/min. Sem queixas. Medicada habitualmente com losartan, amlodipina, gibenclamida e metformina.

**Problemas:** Mau controlo glicémico; HTA; Dislipidemia; Insuficiência Renal Crónica.

**Orientação Clínica:** Incentivo ao auto-controle glicémico e a uma dieta apropriada. Aumento da actividade física diária. Prescrição da vacina da Gripe. Referenciada para a Consulta de Nefrologia.

### **Caso 3**

L.C.A.G., sexo feminino, 16 anos, raça caucasiana.

**Motivo de Consulta:** Amenorréia primária.

Restante desenvolvimento pubertário normal (pubarca e telarca sem alterações). Desenvolvimento estatuto-ponderal de acordo com a idade. Antecedentes familiares de hemocromatose. Exame físico sem alterações.

**Problemas:** Amenorréia primária

**Orientação Clínica:** Estudo analítico com hemograma, função hepática, função tireoidéica, cinética do ferro, hormonas sexuais e prolactina. Pedido ecografia ovárica.

### **Caso 4**

M.A.A.A., sexo feminino, 58 anos, raça caucasiana.

**Motivo de Consulta:** dores osteoarticulares.

Doente refere dores osteoarticulares desde há cerca de um mês na região dorsal. A dor é contínua, aliviando em repouso e com a administração de AINE's. Sem relação com os movimentos respiratórios. Nega quedas ou traumatismos prévios. Exame físico sem alterações. Medicada habitualmente com carbonato de cálcio, colecalciferol e ácido ibandronico.

**Problemas:** Osteoporose. Patologia osteoarticular.

**Orientação Clínica:** Prescrição de diclofenac (em SOS). Pedido RX coluna torácica face e perfil.

#### **Caso 5**

E.M.C.V., sexo masculino, 6 anos, raça caucasiana.

**Motivo de Consulta:** Pedido de atestado médico

Criança com atraso mental ligeiro. Sem malformações congénitas. Estudo citogenético revelou constituição cromossómica normal. Gravidez normal e sem intercorrências. Sem história familiar de cromossomopatias.

#### **Caso 6**

C.I.L.F., sexo feminino, 24 anos, raça caucasiana.

**Motivo de Consulta:** lipotímia

Doente recorre ao médico por lipotímia há 3 dias. Refere palpitações desde há cerca de um mês. Nega trémulos, hipersudorese, dor torácica e outros sintomas acompanhantes. Exame físico sem alterações.

**Problemas:** Ansiedade crónica. Mãe faleceu há cerca de 6 meses por carcinoma gástrico.

**Orientação Clínica:** Referenciada para Consulta de Psiquiatria. Pedido estudo analítico com hemograma, perfil hepático, perfil lipídico, função tireoideia e glicose plasmática. Pedido de ECG e ecocardiograma.

#### **Caso 7**

A.E.R., sexo masculino, 52 anos, raça caucasiana.

**Motivo de Consulta:** nódulo hepático

Achado acidental de nódulo hepático em ecografia abdominal há cerca de um mês. Assintomático. Estudo da função tireoideia normal. TAC abdominal revelou nódulo hepático suspeito de hemangioma, com necessidade de esclarecimento por RMN.

**Problemas:** Nódulo hepático; Hipertrofia benigna da próstata medicada com tansulosina.

**Orientação Clínica:** Referenciado para Consulta de Gastroenterologia.

### **Caso 8**

M.G.C.G., sexo feminino, 39 anos, raça caucasiana.

**Motivo de Consulta:** Dor dorsolombar

Doente recorre ao médico por dor na região toracolombar há cerca de um mês. Dor contínua, sem irradiação. Numa escala de intensidade de 0 a 10, a doente classifica a dor com 7. Refere que a dor é mais intensa após trabalhos pesados e que alivia ligeiramente com o repouso e com a toma de AINE's. Nega quedas ou traumatismos prévios. Nega outros sintomas acompanhantes. Não faz medicação habitualmente. Exame físico normal.

**Problemas:** Dor dorsolombar. Nega doenças crónicas e outras.

**Orientação Clínica:** Aconselhamento sobre postura correcta, esforços e exercícios a evitar. Prescrição de diclofenac (em SOS). Pedido de radiografia da coluna toraco-lombar.

### **Caso 9**

J.C.P.S., sexo feminino, 13 anos, raça caucasiana.

**Motivo de Consulta:** Odinofagia

Doente refere odinofagia desde há cerca de 2 dias, acompanhada de febre e hipersudorese. Nega otalgias, dispneia, tosse, mialgias, astenia, diarreia e outros sintomas acompanhantes. Temperatura axilar 37,8°. Laringoscopia: mucosas edemaciadas e ruborizadas. Restante exame físico normal.

Sem outros problemas.

**Orientação Clínica:** Prescrição de paracetamol e azitromicina.

### **Caso 10**

M.P.C., sexo feminino, 47 anos, raça caucasiana.

**Motivo de Consulta:** Otalgia direita.

Doente refere desde há 3 dias otalgia direita e febre. Nega hipoacusia, zumbidos, vertigens, odinofagia, otorréia, rinorréia e outros sintomas acompanhantes. À otoscopia observou-se edema da mucosa, que se encontrava ruborizada e com depósitos purulentos. Restante exame físico normal.

**Problemas:** Otite média aguda direita; Dislipidemia (medicada com sinvastatina); Depressão (fluoxetina e alprazolam).

**Orientação Clínica:** Prescrição de paracetamol e amoxicilina + ácido clavulânico. Mantém restante medicação.

### **Caso 11**

A.C.A.C., sexo feminino, 14 anos, raça caucasiana.

**Motivo de Consulta:** Odinofagia

Doente refere desde há 2 dias odinofagia, tosse não productiva, rinorréia e astenia. Nega febre, otalgia, dispneia, diarreia, vômitos, hipersudorese e outros sintomas acompanhantes. À laringoscopia observou-se mucosa edemaciada, ruborizada e com aspecto purulento. Restante exame físico sem alterações.

**Problemas:** astigmatismo

**Orientação Clínica:** Prescrição de cetirizina, amoxicilina + ácido clavulânico, paracetamol e bromexina.

## Valência Urbana – Centro de Saúde de S. João

14 de Outubro de 2009

15h – 20h

### **Caso 1**

M.AB., sexo masculino, 47 anos, raça caucasiana.

**Motivo de Consulta:** disfunção erétil

**Problemas:** perturbação obsessivo-compulsivo

**Orientação Clínica:** prescrição de sildenafil. Mantém medicação habitual.

### **Caso 2**

D.S.F., sexo masculino, 50 anos, raça caucasiana.

**Motivo de Consulta:** Controle de HTA e DM tipo 2.

Medicado com telmisartan, rosuvastatina, metformina, sitagliptina e bisoprolol.

**Problemas:** HTA, DM tipo 2, obesidade, dislipidemia, inactividade física, insuficiência venosa periférica dos membros inferiores.

**Orientação Clínica:** Incentivo ao auto-controle glicémico e a uma dieta apropriada. Aumento da actividade física diária. Pedido estudo analítico com hemograma, perfil hepático, perfil lipídico, função renal, glicose plasmática e HbA1C.

### **Caso 3**

M.J.S.C., sexo feminino, 40 anos, raça caucasiana.

**Motivo de Consulta:** Suspeita de HTA essencial

Confirma-se HTA (estádio 1, nondipper) através de MAPA.

**Problemas:** HTA, tabagismo.

**Orientação Clínica:** Aconselhamento sobre dieta apropriada com restrição salina e incentivo ao aumento da actividade física diária. Inicia tratamento com aliscireno.

#### **Caso 4**

L.P.S.S., sexo masculino, 11 anos, raça caucasiana.

**Motivo de Consulta:** dor inguinal

Doente refere dor inguinal bilateral que surge após exercício físico (“quando corre ou chuta” sic). Sem outra sintomatologia. Sem tumefacções palpáveis. Sem dor à palpação.

Sem outros problemas

**Orientação Clínica:** RX da anca; ponderar referência para Ortopedia.

#### **Caso 5**

R.C.A., sexo masculino, 63 anos, raça caucasiana.

**Motivo de Consulta:** rastreio de cancro cólon-rectal.

Colonoscopia sem lesões de displasia ou alterações sugestivas de malignidade.

Medicado habitualmente com hidroclorotiazida, sinvastatina, metformina, leronidipina, telmisartan, gliclazida.

**Problemas:** DM tipo 2, HTA, dislipidemia.

**Orientação Clínica:** Prescrição da vacina da gripe sazonal; mantém medicação habitual.

#### **Caso 6**

M.T.A., sexo feminino, 75 anos, raça caucasiana.

**Motivo de Consulta:** Dispneia

Doente com antecedentes de asma refere desde há alguns dias dispneia e tosse com expectoração amarelada. Apirética. Auscultação pulmonar: prolongamento da fase expiratória, roncos e sibilos dispersos.

**Problemas:** HTA, DM tipo 2, Insuficiência cardíaca, asma, luto patológico.

**Orientação Clínica:** Aumento da ingestão hídrica; Prescrição de levofloxacina e deflazacorte. Mantém terapia com a psicóloga. Mantém medicação habitual.

### **Caso 7**

J.J.T.M., sexo feminino, 80 anos, raça caucasiana.

**Motivo de Consulta:** rastreio oncológico.

Doente com antecedentes de neoplasia cólon-rectal há 12 anos traz resultado de colonoscopia. O exame revelou diverticulose e pólipos no cólon sigmóide. O estudo histológico demonstrou tratar-se um pólipo hiperplásico, sem sinais de displasia ou malignidade.

Medicada habitualmente com diclofenac, trimetazidina, brotizolam, carvedilol, ácido acetilsalicílico, pravastatina, brinzolamida e brimonidina.

**Problemas:** HTA; dislipidemia; patologia osteoarticular; fibrilhação auricular (não hipocoagulada pelo risco de queda)

**Orientação Clínica:** Prescrição de vacina da gripe sazonal; mantém atitudes.

### **Caso 8**

M.P.C., sexo feminino, 41 anos, raça caucasiana.

**Motivo de Consulta:** dor osteoarticular

Doente refere dor no ombro direito desde há uma semana. Limitação da abdução do membro superior direito.

**Problemas:** fibromioma uterino

**Orientação Clínica:** Prescrição de diclofenac; ecografia de partes moles (ombro direito).

### **Caso 9**

J.P.V., sexo feminino, 45 anos, raça caucasiana.

**Motivo de Consulta:** dispneia

Doente refere há cerca de uma semana episódio único de dispneia após exercício físico. Nega dor torácica, palpitações ou outros sintomas acompanhantes. Doente muito ansiosa. História familiar de doença cardiovascular. Auscultação cardíaca normal.

**Problemas:** DM tipo 2

**Orientação Clínica:** ECG; Ecocardiograma transtorácico; estudo analítico.

### **Caso 10**

A.RB., sexo masculino, 61 anos, raça caucasiana.

**Motivo de Consulta:** dor e limitação da abdução do membro superior direito.

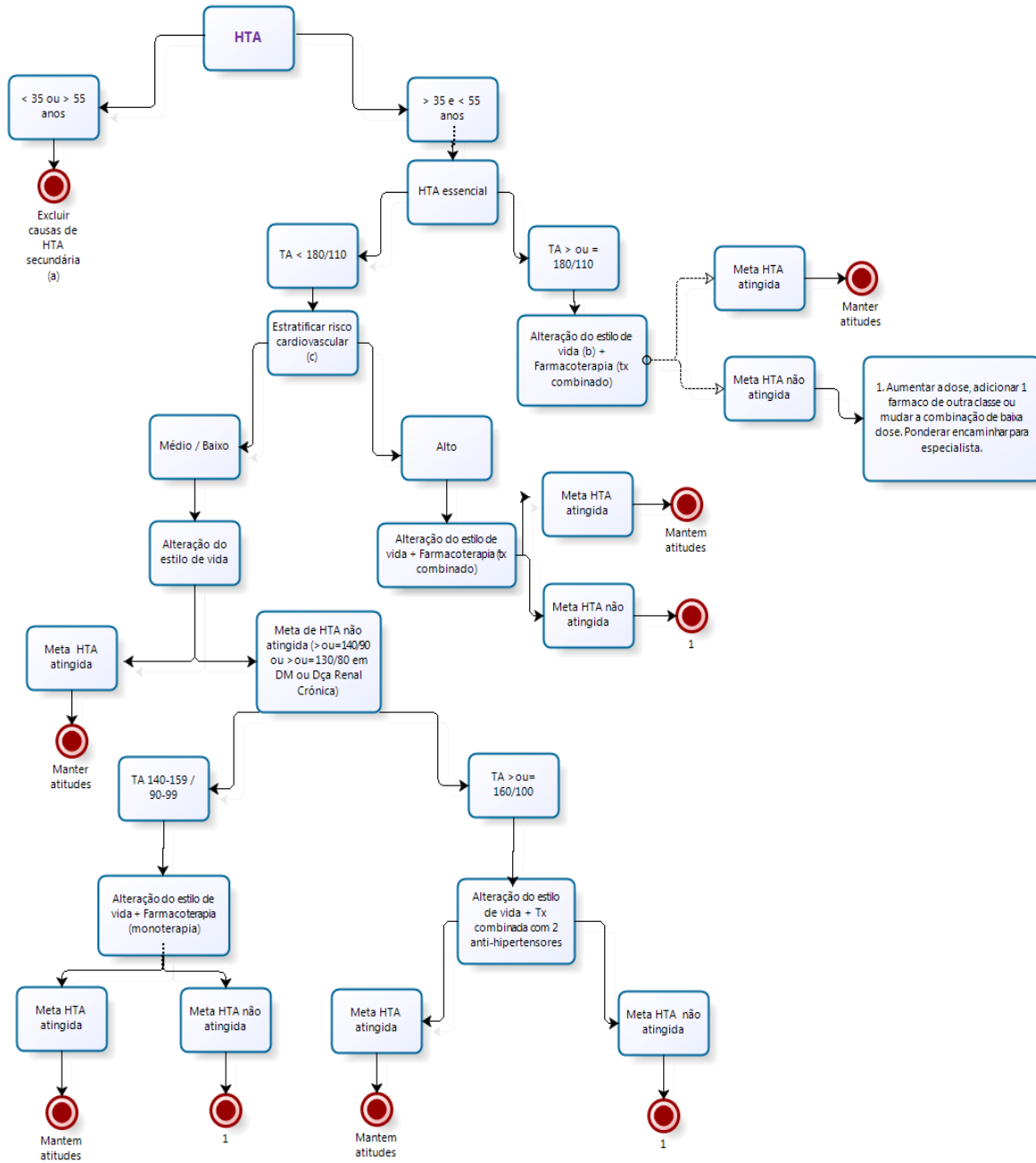
Tendinite do supraespinhoso.

**Problemas:** Psoríase; Síndrome de Parkinson sem resposta à levodopa, atrofia de multissistemas e disautonomia associada. Hipertrofia benigna da próstata; disfunção erétil.

**Orientação Clínica:** Prescrição de naproxeno, omeprazole e zolpidem. Instituir medidas de higiene do sono.

## Apêndice V – Fluxograma

### Abordagem da HTA



## Apêndice VI – Reflexão

### Depressão no Idoso

O envelhecimento da população é um fenómeno observado na nossa sociedade. O número de indivíduos com mais de 65 anos aumenta ano após ano, o que tem implicações na sociedade em geral e mais concretamente nas políticas de saúde.

Em muitas culturas o idoso é visto com respeito e veneração, representando uma fonte de experiência, do saber acumulado ao longo dos anos, da prudência e da reflexão. Enquanto noutras o idoso representa o “velho”, o “ultrapassado” e a “falência múltipla do potencial do ser humano”. Do ponto de vista vivencial, o idoso encontra-se numa situação de perdas continuadas; a diminuição sócio-familiar, a perda do status ocupacional e económico, o declínio físico continuado, a maior frequência de doenças físicas e de fenómenos degenerativos incapacitantes. Com o envelhecimento podem verificar-se modificações nas reacções emocionais, perdas e separações, solidão, isolamento e marginalização social. Pelas razões acima descritas se compreende que a depressão seja uma patologia muito frequente na 3ª idade e para a qual o médico de família deve estar atento, dado ser o médico com quem o doente manterá mais contacto.

As perturbações depressivas englobam a Distímia e a Depressão Major; neste trabalho falar-se-á essencialmente de Depressão Major. Esta define-se por um ou mais episódios depressivos major, isto é, pelo menos 2 semanas de humor deprimido ou perda de interesse, acompanhados por pelo menos 4 sintomas adicionais de depressão (alteração do peso/apetite, alteração do sono e da actividade psicomotora, diminuição da energia, sentimentos de desvalorização/culpa, dificuldades de concentração, ideação/pensamentos suicidas).

No idoso é frequente o tipo depressão mascarada, que se caracteriza pelo predomínio de sintomas não afectivos. Os sintomas são mais ténues, observando-se diminuição da atenção, concentração e memória, fatigabilidade, mau estar geral ou anergia. O quadro clínico implica assim o diagnóstico diferencial com os quadros demenciais. Nas Perturbações Depressivas, os eventuais sintomas cognitivos surgem de uma forma relativamente abrupta, enquanto na Demência existe habitualmente um quadro pré-mórbido de declínio da função

cognitiva. Por outro lado, doentes com perturbações depressivas com dificuldades cognitivas, frequentemente, não tentam responder às perguntas que lhes são postas (respondem “não sei” muitas vezes), ao contrário dos doentes com Demências. Os doentes deprimidos com sintomas cognitivos têm ainda a capacidade de recordar certas vivências quando estimulados pelo entrevistador, capacidade que normalmente não é observada nos dementes. É importante uma avaliação médica adequada, da sequência temporal dos sintomas depressivos e cognitivos, evolução da doença e resposta ao tratamento.

Como referi anteriormente, a depressão no idoso apresenta-se geralmente de uma forma atípica, não sendo, por vezes, o diagnóstico evidente. O diagnóstico é clínico, baseado numa história clínica detalhada, exame físico completo que inclua exame neurológico. É importante retratar detalhadamente o contexto familiar e social, as suas vivências e crenças, bem como a história psiquiátrica pregressa. Uma história medicamentosa rigorosa é fundamental, dada a associação de muitos fármacos a quadros depressivos (analgésicos narcóticos, drogas de acção central, anti-hipertensivos, anti-neoplásicos, entre outros...). Diversas condições orgânicas podem estar implicadas nestes quadros, como as neoplasias (cancro pulmão e pâncreas), colagenoses, hipotireoidismo, síndrome de Cushing, hipoparatiroidismo, etc... Desta forma, apesar de o diagnóstico de depressão ser clínico devem-se excluir causas orgânicas, devendo ser efectuada uma avaliação laboratorial básica.

A maioria dos doentes com patologia depressiva pode ser tratada em ambulatório pelo seu médico de família. É necessária a referência à Psiquiatria para o tratamento de doença bipolar, depressão psicótica e quando existe um forte risco de suicídio. Se a depressão é secundária a uma causa orgânica, deve tratar-se inicialmente a doença médica, estando a terapêutica antidepressiva reservada para os casos refractários. O tratamento da depressão major assenta na farmacoterapia antidepressiva, sendo a psicoterapia um método complementar e a electroconvulsivoterapia uma alternativa para casos específicos.

A abordagem do doente idoso com depressão deve ter em conta os factores psíquicos característicos da idade, factores sociais e familiares, por vezes, implicados na doença. A psicoterapia inicia-se pelo estabelecimento de uma relação médico doente empática, sem a qual a terapêutica será ineficiente. As terapias cognitivas e comportamentais visam ajudar o doente a construir novas representações e reencontrar um nível funcional de actividade e de relação com o mundo. A família tem um papel crucial no processo. Por um lado, constitui o suporte do doente, monitoriza e assegura o cumprimento da medicação e elimina a sensação de solidão que estes doentes muitas vezes referem. Por outro lado, devem ser identificados

possíveis elementos de stress na família, de forma a trabalhar e melhorar as relações disfuncionais.

A terapêutica farmacológica inclui geralmente os antidepressivos tricíclicos e os inibidores selectivos de recaptção da serotonina (ISRS). Também se podem utilizar os inibidores da monoamino-oxidase (IMAO), bem como a trazadona e a bupropiona. A escolha do antidepressivo no doente idoso deve ter em conta a sua maior sensibilidade aos efeitos colaterais da terapêutica, dadas as próprias características fisiológicas do envelhecimento (redução da água corporal total e do volume extracelular, aumento da percentagem de gordura, redução da albumina sérica, metabolização e excreção lentas). Os efeitos colaterais sedativos, anticolinérgicos, cardíacos e posturais de muitos antidepressivos obrigam a que haja precaução no seu uso no doente idoso. Antes de se iniciar a terapêutica devem ser observados os sinais vitais, realizado um electrocardiograma, avaliados os sintomas somáticos do doente e o grau de lentificação psicomotora. Deve-se iniciar tratamento com uma dose muito baixa, devendo ser aumentada lentamente, enquanto se monitoriza a resposta subjectiva e a frequência cardíaca e se vigia o aparecimento de efeitos colaterais como taquicardia, sedação excessiva, agitação ou hipotensão ortostática.

Os antidepressivos tricíclicos constituem ainda terapêutica de 1ª linha; nestes doentes devem-se preferir aqueles que possuem uma actividade anticolinérgica relativamente baixa como a nortriptilina e a desipramina. Nos doentes que toleram mal os efeitos anticolinérgicos dos antidepressivos tricíclicos ou naqueles com insónia em que se pretende um efeito sedativo pode se optar pela trazadona. Quando predomina a diminuição da energia vital e a lentidão psicomotora ou nos doentes com bloqueios de condução cardíaca, arritmias ou hipotensão postural, os ISRS constituem uma boa opção. Nas depressões graves deve-se considerar o uso de bupropiona e de um IMAO. A bupropiona aumenta o risco de convulsões, bem como de surtos psicóticos. Os IMAO devem ser prescritos inicialmente em consulta de psiquiatria e têm como principais efeitos adversos a hipotensão postural e a insónia. O doente deve ser advertido que não deve ingerir grandes quantidades de alimentos ricos em tiramina concomitantemente com o tratamento com IMAO pelo risco de desencadear uma crise hipertensiva.

O doente idoso tem geralmente patologias crónicas que implicam tratamento contínuo (antihipertensivos, antidiabéticos, digitálicos, etc...) e que podem constituir contra-indicação para o uso de determinado antidepressivo. No doente a fazer terapêutica múltipla os ISRS parecem constituir uma boa escolha. A sertralina (ISRS) é o fármaco que tem menor

probabilidade de interferir com o metabolismo hepático e é o preferido para aqueles doentes que estão a tomar outros fármacos metabolizados pelo fígado (digoxina, varfarina, fenitoína, etc...).

A depressão é a perturbação psiquiátrica mais frequente no idoso, não sendo muitas vezes diagnosticada. O médico de família deve estar preparado para diagnosticar e tratar possíveis casos, tendo ainda um papel fundamental na sua prevenção.

### **Bibliografia**

- “Cuidados Primários em Medicina”; Allank Goroll et al; Mc Graw Hill; 1999.
- “Problemas de Família” (Peter Williams) – Edição do Departamento de Clínica Geral, 1993.
- “Manual de Cuidados Primários – Organização e protocolos de actuação na consulta”; A. Martin Zurro e J.F. Ceno Pérez.
- “Textbook of Family Medicine”; Robert Rakel; 7ª edição; Philadelphia: Elsevier Saunders; 2007.
- “Psiquiatria e Psicopatologia”; A. Fernandes da Fonseca.
- “Guia Prático da Psiquiatria”; Paul Harrison et al.
- “Handbook of Depression”; E. Edward Beckham e William R. Leber.