



FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DO PORTO

## MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

---

2009/2010

Filipe Lima Santos  
Relatório de Estágio em  
Cuidados de Saúde  
Primários

Abril, 2010

FMUP



FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DO PORTO

Filipe Lima Santos  
Relatório de Estágio em Cuidados de  
Saúde Primários

**Mestrado Integrado em Medicina**

**Área: Medicina Comunitária**

**Trabalho efectuado sob a Orientação de:**  
**Prof. Doutor José Frey Ramos**

Abril, 2010

**FMUP**

**Nome:** \_\_\_\_\_

**Endereço electrónico:** \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Nome completo do Orientador:**

\_\_\_\_\_

**Nome completo do Co-Orientador:**

\_\_\_\_\_

**Ano de conclusão:** \_\_\_\_\_

**Designação da área do projecto de opção:**

\_\_\_\_\_

É autorizada a reprodução integral desta Dissertação/Monografia/Relatório de Estágio (*cortar o que não interessar*) apenas para efeitos de investigação, mediante declaração escrita do interessado, que a tal se compromete.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado, nº mecanográfico \_\_\_\_\_, 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: \_\_\_\_\_

## Índice

<b>Introdução .....</b>	<b>1</b>
<b>Objectivos .....</b>	<b>2</b>
<b>Caracterização dos Centros de Saúde.....</b>	<b>3</b>
<b>Actividades Desenvolvidas.....</b>	<b>7</b>
<b>Conclusões .....</b>	<b>10</b>
<b>Bibliografia.....</b>	<b>11</b>
<b>Apêndices.....</b>	<b>12</b>
Apêndice I - Registos clínicos dia 26/01/2010.....	13
Apêndice II – O impacto da doença mental na família e nos cuidadores .....	13
Apêndice III – Registos clínicos dia 09/02/2010.....	18
Apêndice IV – Diagnóstico e Tratamento da Doença de Alzheimer.....	18
Apêndice V – História Clínica e Familiar.....	23
Apêndice VI – O Exercício Físico em utentes do Centro de Saúde São João e Centro de Saúde de Esposende – Um estudo observacional.....	37

---

▪ **Siglas**

CS	Centro(s) de Saúde
CSE	Centro de Saúde de Esposende
CSP	Cuidados de Saúde Primários
CSS	Cuidados de Saúde Secundários
CSSJ	Centro de Saúde São João
FMUP	Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
MC	Medicina Comunitária
MGF	Medicina Geral e Familiar

▪ **Quadros e Figuras**

Quadro 1 – Distribuição dos utentes de Esposende pelo Centro de Saúde e Extensões.

Quadro 2 – Caracterização dos Recursos Humanos e Informáticos do Centro de Saúde de São João e Centro de Saúde de Esposende

Figura 1 – Pirâmide etária do Centro de Saúde São João

Figura 2 – Pirâmide etária do Centro de Saúde de Esposende

---

## **Resumo**

A Medicina Comunitária permite ao estudante de Medicina o contacto com o universo da Medicina Geral e Familiar. Devido à amplitude e importância desta área médica foi escolhida esta disciplina para o âmbito do Relatório de Estágio.

Este relatório cobre as duas componentes da disciplina de Medicina Comunitária (MC),: a valência urbana e a rural. As duas semanas da valência urbana decorreram no Centro de Saúde São João, no Porto. As outras duas, de carácter rural, passaram-se no Centro de Saúde de Esposende. Foi realizada uma caracterização dos dois Centros de Saúde quanto aos recursos que possuem, actividades que desenvolvem e população que assistem.

Foram descritas as actividades desenvolvidas em ambos os Centros de Saúde. Durante a valência houve participação em consultas, seminários teóricos, Congressos, actividades de Enfermagem, cuidados de saúde domiciliários e visita a uma instituição de apoio aos Cuidados de Saúde Primários (CSP).

Em todas as consultas foi aplicado um questionário sobre a prática de exercício físico e recolhidos os dados antropométricos do utente. Os dados recolhidos referiam-se à prática de exercício físico regular semanal, o número de horas e o principal motivo para a prática. Nos utentes que não praticavam, foi questionada a principal razão para a inactividade.

O contacto com a Medicina no contexto dos Cuidados de Saúde Primários permitiu a percepção das diferenças entre esta e a medicina hospitalar. Este estágio, pelas suas características únicas, permitiu um grande enriquecimento em termos humanos e profissionais.

---

## **Abstract**

Community Medicine allows the medical student the contact with the universe of Family Medicine. Due to its amplitude and importance, this was the chosen medical area for the report.

This report covers the urban and the rural residencies, the two components of Community Medicine. Each of the residences lasted for two weeks. The urban residency occurred in São João Health Centre, in Oporto. The other, of rural nature, took place in Esposende Health Centre.

Information was gathered on both Health centres, characterizing the resources they possess, the activities they develop and the populations they assist.

In both residences, there was collaboration in consultations and involvement in theoretical seminars, congresses, nursing activities, home nursing cares and the visit to a complementary institution in Primary Health Care.

It was possible, in all consultations, to apply a short quiz about the practice of physical activity and to gather the anthropometric data of the patient. Patients were asked about whether they developed some kind of physical activity, their weekly duration, and main reason for that practice. The patients that didn't develop any kind of activity were asked about the main reason for that inactivity.

The close contact with this medical area, with all of its broadness, clinical thinking and singular environment was highly motivational. This residency, for its unique nature, allowed for a great enrichment in both professional and human medical skills.

---

## ▪ Introdução

Este relatório foi realizado no âmbito do programa de Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP).

O seu objectivo é expor o trabalho desenvolvido na disciplina de MC, parte do currículo profissionalizante do 6º ano de Medicina, e apresentar uma visão crítica sobre as actividades realizadas, a aquisição de novos conhecimentos e as vivências experimentadas.

À excepção do programa optativo de contacto precoce com início no 2º ano do currículo, a Medicina Comunitária é a primeira forma de contacto com a Medicina Geral e Familiar (MGF).

O médico de MGF tem de ter presente a fisiologia e patologia básicas de todos os sistemas do corpo humano, as patologias mais frequentes em dada população e em certa idade, ser capaz de fazer diagnósticos diferenciais, propor terapêutica e avaliar o estado mental, social, familiar e profissional do indivíduo no tempo esparso da consulta. É também importante salientar o facto da sua prática englobar também crianças e jovens, excluídos da maioria das restantes especialidades.

Para além disto, a prática da Medicina no contexto dos CSP desenvolve-se em ambientes muito diferentes do Hospitalar: a Unidade de Cuidados Primários e o domicílio do doente.

Estas unidades têm uma dimensão significativamente menor que a dos hospitais, pelo que cada membro da equipa naturalmente desenvolve laços muito mais fortes com os utentes e com os outros profissionais. Nestas Unidades, cada médico tem o seu próprio gabinete de trabalho, e o seguimento dos doentes acontece, geralmente, ao longo de toda a vida. Tudo isto contribui para um grau de personalização da prática clínica e de continuidade de cuidados que marcam a MGF.

Por tudo isto, o envolvimento do estudante de Medicina da FMUP na Medicina Geral e Familiar é essencial na sua formação.

A MC divide-se em duas valências, uma de carácter urbano e outra de carácter rural, cada uma com a duração de 2 semanas.

▪ **Objectivos**

Reconhecer a função dos CSP na sociedade e a sua importância;

Reconhecer a relevância da MGF no ensino pré-graduado de Medicina e o papel que esta disciplina tem no percurso académico;

Descrever resumidamente a experiência durante o bloco, não só o acompanhamento das actividades médicas mas também o contacto com outras áreas dos CSP, tendo sempre em mente as principais dificuldades e meios para as solucionar;

Comparar a actividade num Centro de Saúde (CS) urbano e num CS rural;

Reflectir sobre a dicotomia Hospital / Centro de Saúde, uma vez que é uma das raras oportunidades no percurso de aprendizagem em que se pratica o exercício da Medicina fora do meio hospitalar.

## ▪ Caracterização dos Centros de Saúde

A valência urbana decorreu entre 19 e 29 de Janeiro de 2010, no Centro de Saúde São João (CSSJ), localizado na Rua de Miguel Bombarda, nº134, no Porto, tendo como orientador o Prof. Doutor José Frey Ramos.

Este Centro de Saúde, fruto de um protocolo entre a Administração Regional de Saúde (ARS) Norte e a FMUP, nasceu em 1999. Actualmente, dá cobertura a uma população de aproximadamente 20000 pessoas, aceitando inscrições de utentes residentes no concelho do Porto. O número de inscritos está distribuído em parcelas semelhantes pelos 10 médicos de MGF que compõem a equipa, ficando cada médico responsável por cerca de 2000 utentes. Este CS é também responsável pela assistência de saúde a estudantes e funcionários da Universidade do Porto, através dos Serviços de Acção Social da Universidade do Porto.

O horário de atendimento é de 2<sup>a</sup> a 6<sup>a</sup>, desde as 8h até às 20h, estando as Consultas divididas de acordo com o seu carácter em: Programadas (consultas marcadas de MGF), Grupos de Risco (Hipertensão e Diabetes), Grupos Vulneráveis (Planeamento Familiar, Saúde Materna, Saúde Infantil e Rastreio Oncológico), Consulta Aberta (Não programada), Psicologia, Cessação Tabágica e Podologia. Existem consultas domiciliárias disponíveis para utentes que não se possam deslocar ao CS para assistência.

Embora o CSSJ se estenda por um edifício de 5 pisos, tem acessibilidade total, através de elevador, para indivíduos com limitação de mobilidade (cadeira de rodas, etc.).

A Formação adquire um papel de grande relevo neste CS, efectuando-se ao nível pré e pós-graduado, recebendo alunos de 2º e 6º anos da FMUP e internos do ano complementar, internos das especialidades de MGF e Pediatria, e dando apoio às Faculdades de Enfermagem e de Psicologia.

A Referenciação aos CSS é realizada através de protocolos com: Centro Hospitalar do Porto (composto pelo Hospital de Santo António (HSA), Maternidade Júlio Dinis e o Hospital Central Especializado de Crianças Maria Pia), Hospital Magalhães de Lemos, Hospital da Prelada, Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE (IPO) e Hospital Joaquim Urbano.

O Centro de Saúde de Esposende (CSE) foi a unidade em que decorreu a valência de carácter rural, entre 1 e 12 de Fevereiro de 2010. Localiza-se na Rua Dr. Queirós de Faria, em Esposende, no distrito de Braga. Cobre a população residente em todas as freguesias do

Concelho de Esposende e tem Extensões de Saúde em Apúlia, Belinho, Fão e Forjães. A população assistida é de 18821 utentes.

O CSE com as suas Extensões, juntamente com o Centro de Saúde de Barcelos, constitui o ACES Esposende/Barcelos, entidade à qual o CSE responde hierarquicamente. Este ACES é responsável pela cobertura de 37551 utentes, que se distribuem pelas Extensões de forma bastante desigual:

Extensão	Inscritos	Percentagem da População
<b>Belinho</b>	3403	9,0%
<b>Forjães</b>	4867	13,0%
<b>Apúlia</b>	5059	13,6%
<b>Fão</b>	5365	14,3%
<b>Esposende</b>	18821	50,1%
<b>Total</b>	37551	

Quadro 1 – Distribuição dos utentes de Esposende pelo Centro de Saúde e Extensões.

O horário de atendimento é o mesmo do CSSJ, de 2<sup>a</sup> a 6<sup>a</sup> das 8h às 20h. As consultas podem incluir-se em Programadas, Seguimento (Hipertensão e Diabetes), Planeamento Familiar, Saúde Infantil, Saúde Materna, Serviço de Atendimento Complementar (Consultas não programadas), Atendimento de Jovens e Adolescentes, Consultas de Cessação Tabágica, Atendimento Social, Acções de Promoção da Saúde (Vacinação de Crianças, Vacinação de Adultos e Preparação para o parto).

O CSE acolhe a formação de Internos de Medicina do Ano Complementar, Internos da especialidade de MGF, e, de forma esporádica, alunos das Universidades de Medicina do Porto, da Beira Interior e do Minho.

Todas as funções de assistência do CSE se desenvolvem no rés-do-chão do CS, com total acessibilidade para pessoas com limitação de mobilidade, sendo o 1<sup>o</sup> piso destinado à área administrativa e a um pequeno bar para os funcionários.

Ambos os Centros de Saúde se encontram plenamente informatizados, utilizando os programas SAM (Sistema de Apoio ao Médico) para registos clínicos, pedido de exames complementares de diagnóstico e prescrição medicamentosa, SAPE (Sistema de Apoio ao Pessoal de Enfermagem) para os registos de Enfermagem, SINUS (Sistema de Informatização das Unidades de Saúde) para efeitos administrativos, Alert P1 para Referenciação ou pedidos de parecer aos Cuidados de Saúde Secundários (CSS) e Diabcare

(seguimento de doentes com Diabetes Mellitus) No caso do CSSJ, é também utilizado o HÍGIA, para registos clínicos de consulta. Os registos Clínicos são realizados com base no método de Weed de Registos Clínicos orientados por Problemas, tanto no SAM como no Hígia.

	CS São João	CS Esposende
Recursos Humanos	10 Médicos especialistas de MGF 7 Internos de MGF 16 Enfermeiros 2 Psicólogos 1 Podologista 6 Assistentes Administrativos 1 Auxiliar de acção médica	9 Médicos especialistas de MGF 2 Internos de MGF 14 Enfermeiros 1 Psicólogo 15 Assistentes técnicos 10 Assistentes operacionais 1 Técnico
Recursos Informáticos	SINUS, HÍGIA, SAM, SAPE, Alert P1, Diabcare	SINUS, SAM, SAPE, Alert P1, Diabcare

Quadro 2 – Caracterização dos Recursos Humanos e Informáticos do Centro de Saúde São João e Centro de Saúde de Esposende.

A distribuição etária dos 20034 utentes do CSSJ, segundo o programa SINUS, CSSJ encontra-se representada na Figura 1. O número de utentes do sexo feminino é ligeiramente superior ao dos do sexo masculino (♀ 55,92%; ♂ 44,08%)

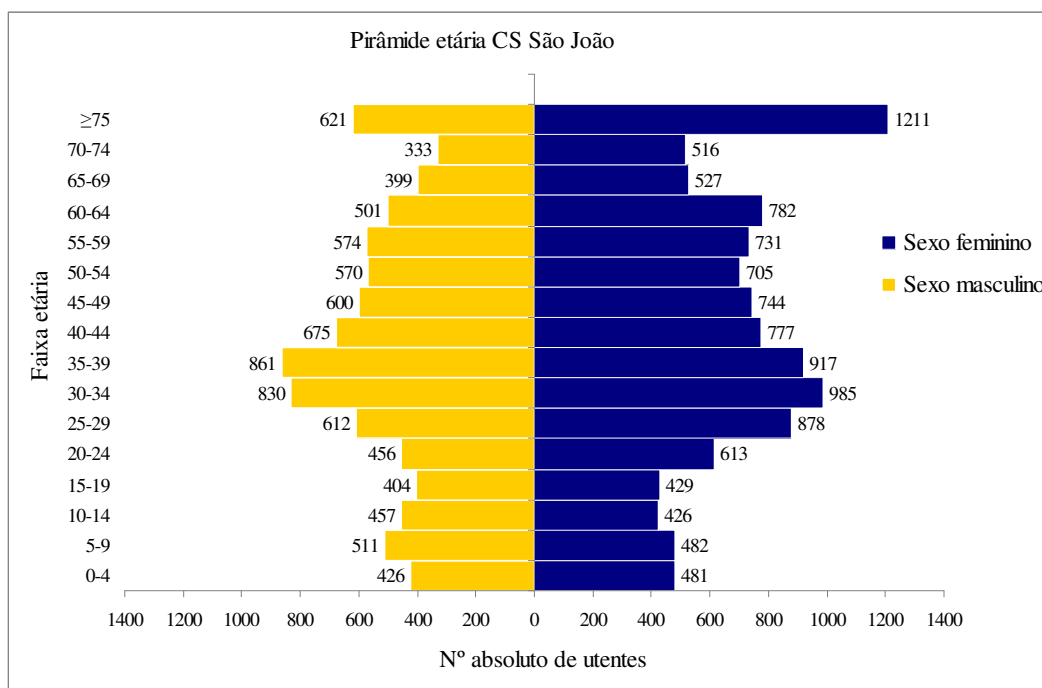


Figura 1 – Pirâmide etária do Centro de Saúde São João

A população do CSE, de acordo com o mesmo programa, apresentava a distribuição etária representada na figura 2, também com ligeiro predomínio de utentes do sexo feminino ( $\text{♀}$  51,29%;  $\text{♂}$  48,71%).

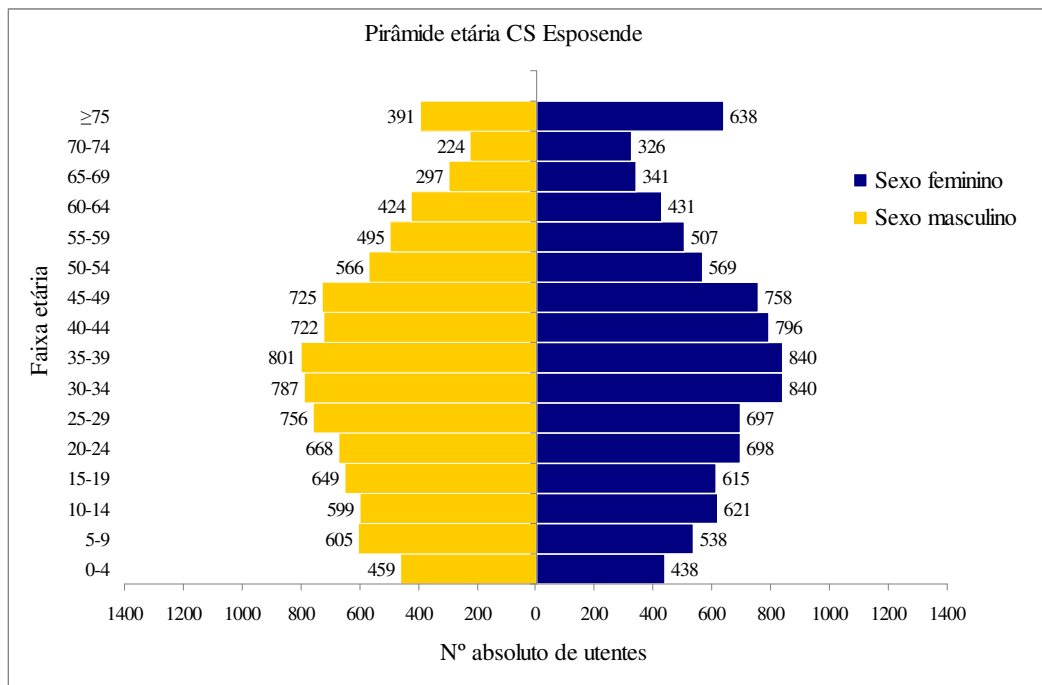


Figura 2 – Pirâmide etária do Centro de Saúde de Esposende

As pirâmides etárias são semelhantes, com ligeiro predomínio de utentes do sexo feminino, e com diminuição da base e alargamento na idade adulta. Estas características traduzem o envelhecimento progressivo da população e a baixa taxa de natalidade.

A diminuição da base é um pouco mais abrupta na do CS São João, o que provavelmente se explica pelas diferenças entre o meio urbano e o rural.

## ▪ **Actividades Desenvolvidas**

O bloco de MC iniciou-se dia 18 de Janeiro de 2010, com um seminário teórico de introdução aos CSP no Departamento de Clínica Geral da FMUP. Neste seminário foram abordados os objectivos a atingir, os trabalhos de carácter obrigatório a realizar e problemas que poderiam surgir durante as valências.

Durante a valência urbana houve oportunidade de assistir a todos os tipos de Consultas (a maioria Programadas mas também Consulta Aberta) orientadas pelo Prof. Dr. José Frey Ramos, ou pela Dr. Ariana Ferraz. Foi possível participar activamente, de forma supervisionada, em todos os passos da consulta. Após cada uma das consultas, foi aplicado um pequeno questionário sobre a prática de exercício físico, apresentado em anexo.

Foi possível participar em tarefas de Enfermagem (como administração de injectáveis, desbridamento e penso de feridas, actos de vacinação, colocação de MAPA, entre outras). Estas tarefas contribuem para o enriquecimento do estudante como profissional de saúde, fomentando as capacidades de interdisciplinaridade e a perspectiva de acção em equipa sobre os problemas do doente.

No dia 25 de Janeiro foi realizada uma visita ao CDP (Centro Diagnóstico Pneumológico do Porto), situado na Rua do Quanza. Esta visita possibilitou o contacto com a principal entidade de diagnóstico e tratamento de Tuberculose na região do Porto. Foi possível observar os recursos físicos, tecnológicos e laboratoriais para diagnóstico e tratamento que aí existem e assistir a um período de consultas orientado pelo Dr. Artur Pilão (MGF).

No dia 26 de Janeiro foram registados todos os Motivos de Consulta (incluindo os ocultos que fossem passíveis de ser identificados) dos utentes assistidos, juntamente com uma identificação sumária e o registo do seu retorno e/ou referência para os CSS.

Durante a valência urbana foi realizada uma reflexão sobre um tema suscitado numa consulta, também no dia 26 de Janeiro, a um cônjuge de uma doente com demência de Alzheimer, “O impacto da doença mental na família e nos cuidadores”.

Após o horário de consultas foi encorajada a frequência das “XXI Jornadas de Actualização Cardiológica do Norte para Medicina Geral e Familiar”, com várias palestras sobre problemas cardiológicos comuns no campo dos CSP, apresentação de novos fármacos e revisão e actualização de conhecimentos em várias áreas da Cardiologia

O segundo seminário de MC decorreu na forma das “I Jornadas de Factores de Risco e Orientações Clínicas em Cuidados de Saúde Primários”, no dia 1 de Fevereiro de 2010, no Hotel Sheraton, no Porto. Aqui foi possível assistir a várias intervenções sobre factores de risco cardiovascular e possibilidades de sobre eles actuar na óptica dos CSP.

A valência de carácter rural no CSE desenvolveu-se em moldes semelhantes aos da urbana, orientada pela Dr.<sup>a</sup> Maria do Céu Pinto. Também houve oportunidade de participação activa na Consulta através da identificação dos Motivos de Consulta, realização de exame físico e exames de rastreio oncológico (Citologia Cervico-Vaginal).

Foi possível por 2 vezes, em manhãs dedicadas à Saúde Infantil, o contacto com doentes infantis e juvenis. Esta experiência permitiu tomar consciência da dificuldade de abordar e examinar um doente mais pequeno, mais frágil, muitas vezes não colaborante, sob a supervisão materna ou paterna, e ganhar capacidades para superar essas dificuldades.

De forma semelhante à da valência urbana, foram realizados os registos das consultas assistidas no dia 9 de Fevereiro

No fim de todas as consultas assistidas foi aplicado um pequeno questionário sobre a prática de exercício físico.

Também de salientar foram 2 manhãs dedicadas à Saúde Materna, em que foi possível a realização de técnicas de obstetrícia (manobras de Leopold e a localização e auscultação do foco cardíaco fetal com cardioscópio fetal) e a aplicação e discussão teórica sobre a importância dos protocolos de seguimento da grávida ao longo dos trimestres.

No dia 10 de Fevereiro teve lugar a realização de uma História clínica e familiar a uma utente da consulta programada do CSE. Esta tarefa permitiu dar relevo a componentes muito importantes da vida do doente, geralmente esquecidas ou remetidas para segundo plano no meio hospitalar, como o enquadramento socio-económico, psicológico, emocional, afectivo e familiar do doente. Esta foi uma oportunidade de contactar pela primeira vez com ferramentas como a Psicofigura de Mitchell, o Ciclo de vida de Duvall, o Círculo familiar de Thrower, o Questionário de APGAR familiar de Smilkstein, as Tabelas de risco familiar de Segovia Dreyer e de Imperatori e a Tabela de classificação social de Graffar. Esta tarefa requereu ainda a realização de um Genograma, que permitiu a identificação de uma aglomeração de casos de morte súbita de origem cardíaca na família da doente. A história clínica e familiar permitiu tomar consciência da importância das componentes mais subjectivas da vida da doente, da sua importância na sua saúde e na possibilidade de serem, também elas, alvo de patologia (“pathos”= sofrimento).

Um dos dias da segunda semana da valência rural foi dedicado aos Cuidados Domiciliários. Durante uma manhã foi possível acompanhar duas enfermeiras nas suas deslocações e colaborar em actividades de realização penso e aplicação de injectáveis. Tratando-se de um meio rural, a entrada de uma pessoa desconhecida, ainda que identificada, foi vista por vezes com desconfiança e por outras de forma bastante calorosa e amigável. Alguns doentes mostraram mesmo desagrado pela entrada de enfermeiras no seu quarto, recusando as medidas de higiene mais básicas por elas sugeridas. Foi possível tomar consciência do isolamento em que algumas pessoas escolhem viver, das grandes dificuldades em que vivem certos utentes (principalmente idosos) e da falta de condições de higiene e aquecimento que persistem em algumas zonas do nosso país. As deslocações domiciliárias permitiram o contacto com doentes com várias patologias, com diferentes expectativas, qualidade de vida, grau de autonomia e consciência. O contacto próximo com outras profissionais de saúde também permitiu tomar consciência das dificuldades que surgem nestas deslocações e das condições em decorre a prática médica nos domicílios. Esta experiência permitiu desenvolver espírito de trabalho em equipa e capacidades de relacionamento com outras áreas da saúde.

## ▪ Conclusões

A MC é a disciplina que permite ao estudante de Medicina da FMUP o contacto aprofundado com uma das mais importantes especialidades médicas, a de MGF.

Através do estágio em MC, foi possível tomar consciência do quotidiano da prática clínica em MGF, dos seus instrumentos clínicos próprios, da sua forte componente social e afectiva, das dificuldades associadas ao trabalho numa Unidade de CSP, e da sua importância na saúde da população.

Os CSP são a pedra basilar na abordagem dos problemas de saúde, pelo seu potencial de proximidade do doente, personalização, capacidade de estratificação dos problemas e acções de prevenção.

A implementação cada vez maior da tecnologia na medicina permite uma grande facilidade no acesso à informação clínica completa de um doente, permitindo que a agilização e prestação de cuidados melhore continuamente.

A abordagem mais completa e mais pessoal do doente e o trabalho numa unidade de CSP, com todas as suas vantagens e implicações, contribui de uma forma inigualável para a aprendizagem médica e humana do estudante de Medicina.

## ▪ Bibliografia

- Serrano, Pedro; *Redacção e Apresentação de Trabalhos Científicos*, 2ª ed. Lisboa: Relógio D'Água Editores; Outubro 2004.
- Ramos, Vítor; *A CONSULTA EM 7 PASSOS. Execução e análise crítica de consultas em medicina geral e familiar*, 1ª ed. Lisboa: VFBM Comunicação, Lda.; Setembro 2008
- Nunes, José M. Mendes; *Comunicação em Contexto Clínico*. Bayer Healthcare; Março de 2007.
- *A Consulta. Uma abordagem à aprendizagem e ensino*. Edição do departamento de Clínica Geral; 1990.
- *O Clínico Geral do futuro. Aprendizagem e ensino*. Edição do Departamento de Clínica Geral; 1990.
- McWhinney, Ian; *Manual de Medicina Familiar* (Tradução portuguesa), Ed. Inforsalus, Lisboa, 1994.
- Goroll, A.H., May, L.A., Mulley, A.G. *Cuidados Primários em Medicina*. (trad. A. Brito de Sá). Mc Graw Hill; 1999.
- David, A.K., Taylor, R.B., Fields, S.A., Phillips, D.M., Scherger, J.E. *Family Medicine: Principle and Practice*. 6th ed. Springer; 2003.
- Rakel, Robert E. *Textbook of family medicine*. 7th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2007.
- Taylor, Robert B. *Family Medicine: principles and practice*. 6th ed. New York: Springer; 2003.
- Weed, L. *Medical records that guide and teach (concluded)*. N Engl J Med 1968; 278 (12): 652-7.
- Weed, L. *Medical records, Medical Education, and Patient Care: The problem-Oriented Record as a basic tool*. Cleveland, The Press Of Case Western Reserve University, 1969

# Apêndices

### Apêndice I - Registos clínicos dia 26/01/2010

Identificação	Motivo de consulta	Retorno	Diagnósticos confirmados ou em hipótese	Orientação / Encaminhamento
♂, CAT, 73 anos	Seguimento de HTA e DM II		<p><b>HTA</b> controlada</p> <p><b>DM</b> com valores de glicemia no limite superior do desejável</p> <p><b>Excesso de Peso</b></p> <p>Nefropatia Diabética ? (marcadores de função renal no limite superior do normal)</p> <p>Retinopatia Diabética ? (queixas de diminuição da Acuidade Visual)</p>	<p>Novas análises sanguíneas</p> <p>Aumento da prática de exercício físico</p> <p><b>Consulta de Oftalmologia</b> para despiste de retinopatia diabética</p>
♂, JCL, 84 anos	<p>Seguimento de HTA e doença cardíaca.</p> <p>Seguimento de lesão traumática da mão direita</p> <p>Dor no 3º dedo da mão direita</p> <p>Cansaço (esposa de 89 anos com demência de Alzheimer com alucinações visuais e auditivas nocturnas)</p>		<p><b>HTA</b> controlada</p> <p><b>Insuficiência Mitral</b> com dilatação auricular esquerda.</p> <p><b>Hipertrofia ventricular esquerda</b> por <b>Valvulopatia aórtica.</b></p> <p><b>Glaucoma</b></p> <p><b>Veias varicosas dos membros inferiores</b></p>	<p>Radiografia da mão direita</p> <p>Análises sanguíneas</p> <p><b>Consulta de Oftalmologia</b> para seguimento de Glaucoma</p>
♀, MCLSB, 59 anos	<p>Seguimento de HTA</p> <p>Renovação de termo de incapacidade laboral</p>	Ortopedia – período pós-operatório de cirurgia de correcção de valgismo do 1º dedo dos pés.	<p><b>HTA</b></p> <p><b>Doença cardíaca isquémica</b></p> <p><b>Gengivite Crónica</b></p> <p>Ferida em cicatrização de cirurgia ortopédica de correcção de valgismo do 1º dedo dos pés</p> <p>Incapacidade laboral temporária</p>	<p>Renovação do termo de incapacidade laboral por 30 dias</p> <p><b>Consulta de Estomatologia</b> para seguimento de gengivite crónica</p>

♂, JPSF, 11 anos	Consulta anual de rotina Dúvidas acerca da gripe A e respectiva vacina		<b>Excesso de peso</b> História de Bronquiolites de repetição	Consulta de rotina em Janeiro de 2011
♂, AAMC, 64 anos	Disfunção sexual Receios quanto ao início da medicação com Levitra, prescrito por Urologia	Urologia – período pós-operatório de cirurgia urológica de correcção de hidrocele à direita	<b>HTA</b> <b>HVE com extrassístoles</b> <b>Obesidade</b> <b>Doença arterial obstrutiva periférica dos membros inferiores</b> <b>Disfunção sexual</b> com perda da libido e <b>disfunção erétil</b> (doseamento de Testosterona normal) <b>Roncopatia do sono</b> sem apneia significativa	Consulta de seguimento em 6 meses.
♂, AEA, 25 anos	Dores cervicais à direita Dores testiculares à direita		Tendinite do músculo trapézio Hérnia inguinal inicial / Varicocele / epididimite (dor no cordão espermático direito)	Análises sanguíneas Ecografia escrotal e inguinal Radiografia da coluna cervical
♂, JMP, 3 anos	Febre Atingimento do estado geral Dor ouvido direito		<b>Otite média do ouvido direito</b>	

## **Apêndice II – O impacto da doença mental na família e nos cuidadores**

### **O porquê**

A abordagem desta problemática surgiu após o caso de J, sexo masculino, 84 anos, em consulta de seguimento de HTA, com antecedentes de insuficiência mitral com dilatação da aurícula esquerda, hipertrofia ventricular esquerda por valvulopatia aórtica, glaucoma e insuficiência venosa crónica nos membros inferiores.

O doente mostrava-se visivelmente cansado e com aparente abulia. A esposa, 5 anos mais velha, desenvolveu nos últimos anos um quadro demencial no contexto de doença de Alzheimer. Esta perturbação destruiu a sua autonomia funcional e desgastou as suas capacidades cognitivas. O desgaste do seu estado tornou necessária a sua confinamento ao domicílio, onde tem um cuidador contratado durante o dia. Durante a noite o cuidado fica a cargo do marido.

O paciente, J, mantém ainda todas as suas capacidades mentais conservadas, com algumas limitações físicas ligeiras normais para a idade e para os seus antecedentes pessoais. Continua a desenvolver a sua actividade profissional quase sem limitações.

A esposa alterna períodos de lucidez com outros de alteração da consciência, manifestando, principalmente à noite, alucinações visuais e auditivas. Tais perturbações geram ansiedade e agitação intensas na esposa, impossibilitando o descanso tanto da própria como do paciente.

### **Alterações psiquiátricas no idoso**

As alterações psiquiátricas em geriatria são uma das principais causas de perda de autonomia, culminando, muitas vezes, na institucionalização do indivíduo.

O espectro de disrupção causado por estes distúrbios envolve doente, família e cuidadores.

O paciente vê a sua qualidade de vida deteriorada progressivamente, a alteração psiquiátrica causa, de modo directo, um desgaste das suas capacidades funcionais e pode contribuir para o aparecimento ou agravamento de outras doenças ou síndromes.

No idoso, o processo de envelhecimento psicológico é altamente heterogéneo. Depende de alterações bioquímicas e hormonais que ocorrem em todos os pacientes, mas também da biologia e biografia próprias da pessoa em que ocorrem.

O envelhecimento acompanha-se também de uma evolução pessoal em que as perdas se acumulam. A pessoa tem de lidar por vezes com a perda de autonomia, de capacidade funcional, da posição social e económica que ocupava, perda do cônjuge, de irmãos, de amigos, de conhecidos, a perda da habitação.

Este processo gera adaptações, da parte do próprio idoso, que também se podem confundir com alterações patológicas. A dificuldade em apreender o ambiente pelos sentidos, as alterações forçadas à rotina e a dependência crescente dos outros levam a uma crescente abulia, introversão, medo da mudança e desconfiança crescente.

Daqui resulta que os limites entre as perdas de capacidades psicológicas próprias do envelhecimento e as que revelam o aparecimento de uma perturbação psicopatológica se esfumam. Esta área cinzenta gera dificuldade no diagnóstico acertado e atempado destas alterações.

O diagnóstico correcto e rápido, nada fácil na população idosa, pode poupar a administração de fármacos desnecessários e com efeitos colaterais significativos a idosos que apresentam alterações próprias da idade, e promover a actuação terapêutica assertiva em doentes com diagnóstico confirmado.

### **Demência**

A demência define-se como uma síndrome de perda progressiva adquirida e persistente da função cognitiva, que afecta a memória e pelo menos outra área, como a linguagem, a capacidade de idealizar e realizar acções motoras coordenadas, para tomar um acto voluntário, o reconhecimento do ambiente através dos sentidos, ou da capacidade executiva do próprio.

Estas manifestações devem marcar uma clara diferença em relação à situação funcional anterior conhecida, perturbando as relações do indivíduo.

### **Alzheimer**

A demência mais frequente é a de Alzheimer, que representa 50-60% do total. A sua etiologia permanece pouco esclarecida, sendo de natureza degenerativa.

A atrofia cerebral resulta de perda de neurónios, sinapses e deposição de placas senis de proteína beta-amilóide e novos neurofibrilares.

Este tipo de demência ocorre quase apenas em pessoas de idade avançada, sendo mais frequente no sexo feminino, em pessoas com história familiar da doença, com baixo nível cultural e intelectual, e com antecedentes de traumatismo cranio-encefálico.

### **Diagnóstico**

O diagnóstico é realizado com base nos critérios acordados internacionalmente adaptados do NINCDS/ADRDA, que incluem demência estabelecida através de exames e testes objectivos como o “Mini-Mental State Examination”; défices em duas ou mais áreas cognitivas; agravamento de perturbações de consciência, e incidência em idade entre 40 e 90 anos. Implica também a ausência de outras perturbações sistémicas ou doenças mentais que possam ser responsáveis por essas manifestações.

### **O peso da doença**

O cônjuge do doente com Alzheimer é forçado a presenciar a perda progressiva e inexorável das capacidades mentais e da funcionalidade do seu ente querido. O doente torna-se incapaz de reconhecer a família, e passa a requerer ajuda em tarefas cada vez mais simples.

Podem surgir alucinações, muitas vezes nocturnas, que muitas vezes geram quadros de agitação e possível violência contra os cuidadores e familiares, para além de impossibilitarem o normal descanso do doente e dos que com ele habitam.

O cônjuge assiste à perda progressiva do “eu”, da consciência do próprio, e do definir de todas as capacidades e funcionalidades do doente sem ser capaz de fazer nada para parar ou reverter o processo. Para além disto, é forçado a presenciar todo o processo de degradação mental que ocorrerá com ele.

Também o resto da família pode ficar sujeita à ansiedade de saber que tal patologia tem, muitas vezes, uma agregação familiar positiva.

Caso o cuidado fique ao cargo dos conviventes, é de esperar um desgaste emocional progressivo, gerando todo um ambiente de angústia, ansiedade, depressão e infelicidade. Obriga por vezes a remodelações em casa e alterações ao estilo da vida por parte do cuidador.

A introdução de um cuidador contratado representa a introdução de um elemento externo no ambiente de casa e um encargo económico adicional, o que também pode perturbar o ambiente familiar.

A institucionalização do doente, muitas vezes em função do agravar da doença, por desgaste do cuidador familiar ou por alterações da própria família – morte do cônjuge, mudança de residência - para além de representar também um encargo pode criar, na família, o sentimento de que falharam para com a pessoa doente ou de que a abandonaram.

### **Tratamento**

A terapêutica visa atenuar os défices na neurotransmissão. São utilizados inibidores da Acetilcolinesterase, (como o Donepezil, a Rivastigmina, a Galantamina) nos estágios ligeiros e moderado da doença de Alzheimer.

Um outro fármaco, a Memantina, um inibidor não competitivo dos receptores NDMA do glutamato, mostrou também benefício nas formas moderadas e graves da doença.

### **Conclusões**

A desagregação progressiva do doente com Alzheimer é um processo angustiante para os que o presenciam, só terminando com a morte do doente.

A demência de Alzheimer é um importante problema de saúde pública, acarretando avultados custos não só económicos mas a nível pessoal, social e familiar.

### **Bibliografia**

- American Psychiatric Association 2000. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders, 4th Edition Text Revision*. Washington DC.
- Blanco, E. Hortonedá, *Síndromes Geriátricas*, Madrid: Ergon; 2006.
- Casado, R. JM et. al. *Función mental e envejecimiento*, Clínicas Geriátricas XVIII, Madrid: Edimsa; 2002
- Fernández, Ballesteros R. *Mitos e realidades sobre la vejez e la salud*, Barcelona: SG-Fundación Caja Madrid; 1992.
- Sérgio J., Valença A. *Alguns Conselhos sobre a Doença de Alzheimer*, Associação Portuguesa dos Familiares e
- Amigos dos Doentes de ALZHEIMER, Edição Janeiro 2003
- Selmes, J. et. al. *Viver com...Doença de Alzheimer*, Saúde e Medicina, Lisboa: Dinalivro; 2000.
- Martín, J.D. et. al. *a Psicogeriatría nos cuidados primários*, Actualizações em psiquiatria para médicos de família, Miraflores: Revisfarma – Edições Médicas, Lda.; 2007.
- *A Consulta. Uma abordagem à aprendizagem e ensino*. Edição do departamento de Clínica Geral, 1990.

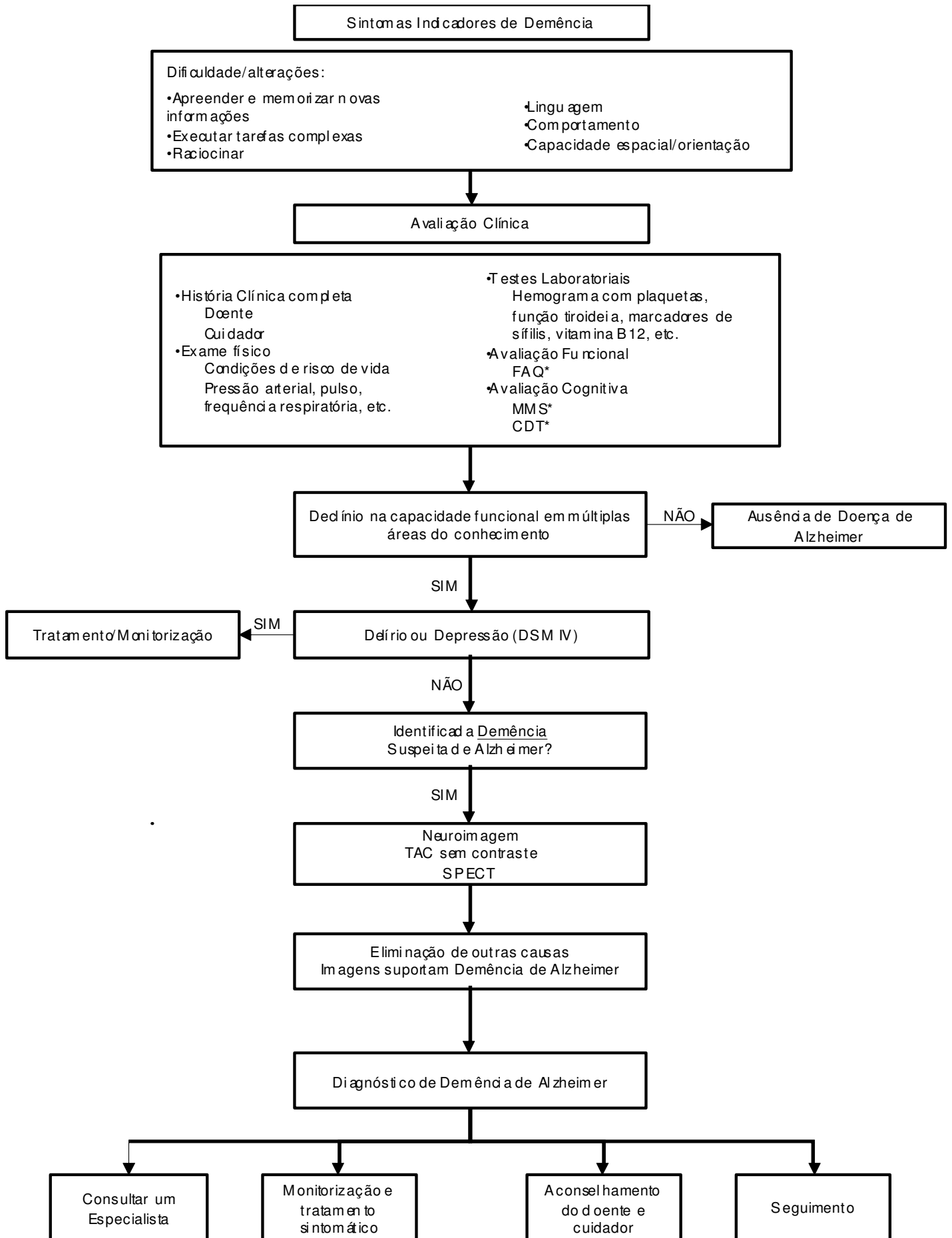
### Apêndice III – Registos clínicos dia 09/02/2010

Identificação	Motivo de consulta	Retorno	Diagnósticos confirmados ou em hipótese	Orientação / Encaminhamento
♂, MAC, 55 anos	Contestação de junta médica de avaliação Renovação de termo de incapacidade laboral Seguimento de Valvulopatia reumatisal	Cardiologia por Valvulopatia Reumatisal	<b>Valvulopatia Reumatisal Aórtica</b> Incapacidade laboral definitiva	Aumento da prática de exercício físico Renovação do termo de incapacidade laboral por 30 dias <b>Cardiologia</b> – Continuação de Seguimento
♀, MAAPC, 50 anos	Mantém e agrava queixas de Incontinência urinária de esforço após operação urológica para correcção.	Urologia – operação para correcção de incontinência urinária de esforço	<b>Incontinência urinária de esforço</b>	<b>Urologia</b> – para nova operação
♀, JMCF, 43 anos	Mantém e queixas de perda de força e parestesias nos membros inferiores. Pedido de opinião sobre a sua situação. Renovação de termo de incapacidade laboral Dificuldade em adormecer	Ortopedia – após re-operação de correcção de hérnia discal lombar Neurocirurgia – recurso à consulta porque mantinha queixas após a intervenção por Ortopedia.	<b>Quadro de compressão das raízes nervosas lombares</b> Incapacidade laboral temporária	Renovação do termo de incapacidade laboral por 30 dias <b>Neurocirurgia</b> – cirurgia de correcção do quadro de compressão das raízes nervosas lombares
♂, HMMA, 22 anos	Seguimento de Hepatite crónica vírica B	Gastrenterologia – Por Hepatite crónica vírica B	<b>Hepatite crónica vírica B</b>	Gastrenterologia – Continuação do seguimento de Hepatite crónica
♀, MSF, 64 anos	Renovação de termo de incapacidade laboral Necessidade de conversar sobre a situação do filho, com perturbações depressivas	Ortopedia – cirurgia de reparação de fractura do olecrâneo direito	<b>Osteoartroses generalizadas</b> <b>HTA</b> <b>Osteoporose</b> Cãibras dos membros inferiores/Doença arterial periférica dos membros inferiores	Medicina Física de Reabilitação – recuperação da mobilidade e força no braço direito

♀, MMSS, 41 anos	Resultado de exames pedidos (mamografia, ecografia mamária e pélvica)		<b>Fibromioma</b> na mama esquerda com 18 mm <b>Dislipidemia</b> <b>Excesso de peso</b>	
♂, MJMB, 65 anos	Seguimento de HTA Resultado de exames pedidos (ecografia prostática)		<b>HTA</b> <b>Hipercolesterolemia</b> <b>Varizes dos membros inferiores</b> <b>DM II</b> <b>Hiperuricemia assintomática</b> <b>Fractura consolidada do 7º arco costal direito</b> <b>Alterações hepáticas</b> de provável etiologia alcoólica	
♂, JMFA, 22 anos	Tosse produtiva e congestão nasal desde há 3 dias Seguimento de Insuficiência renal de etiologia ainda não determinada	Nefrologia – Em estudo por Insuficiência renal de etiologia ainda não determinada Oftalmologia – por possível ligação entre problemas renais e visuais Otorrinolaringologia – por possível ligação entre problemas renais e auditivos	<b>HTA</b> controlada <b>História de Alergias</b> <b>Insuficiência Renal</b> de etiologia indeterminada desde há 2 anos <b>Diminuição da acuidade auditiva</b> Síndrome de Alport? Rinofaringite	<b>Nefrologia</b> – Continua seguimento de Insuficiência renal
♀, CEAO, 64 anos	Seguimento de DM e Depressão Necessidade de conversar			<b>Depressão</b> medicada e controlada <b>DM II</b> Dores ombro esquerdo

<p>♀, MF, 37 anos</p>	<p>Dores lombares e abdominais após cirurgia ginecológica de ooforectomia direita por quisto ovárico complexo</p> <p>Entrega de informação clínica e pedido de relatório para Junta médica de avaliação de capacidade laboral</p>	<p>Ginecologia – Cirurgia de ooforectomia direita e ressectoscopia de pólipos endometriais</p> <p>Urologia – Cistoscopia por dores abdominais e lombares após cirurgia</p> <p>Psiquiatria – depressão após cirurgia ginecológica e início de dores</p>	<p><b>Depressão</b> após intervenção ginecológica</p> <p><b>Pólipo endometrial</b> hiperplásico retirado por ressectoscopia.</p> <p><b>Quisto ovárico complexo</b> à direita, retirado</p>	
-----------------------	---	--	--	--

## Anexo IV – Diagnóstico e Tratamento da Doença de Alzheimer



## Tratamento

- Considerar farmacoterapia se o doente tem expectativa de boa adesão
- Educação do doente e cuidador acerca da medicação e efeitos colaterais
- Obter linha de base no MMSE e FAQ
- Iniciar tratamento com inibidor da Acetilcolinesterase, titulando a dose
- Tratar efeitos colaterais ou mudar agente se se tomarem incontroláveis

### Efeitos colaterais típicos dos Inibidores da Acetilcolinesterase

- Náusea
- Vômitos
- Diarreia
- Perda de peso

Reavaliar o paciente em 6 meses

- MMSE
- FAQ

Paciente em condição estável ou melhorada

Paciente em condição deteriorada

Mudar de Inibidor de Acetilcolinesterase

Reavaliar o doente de 6 em 6 meses

Paciente em condição estável ou melhorada

Paciente em condição deteriorada

Parar terapia

- Reavaliar MMSE e FAQ de 6 em 6 meses
- Continuar Inibidor da Acetilcolinesterase até:
  - Resultado de MMSE inferior a 10
  - Dependência estabelecida em todas as actividades diárias básicas

### \*Legenda:

MMSE – Mini-Mental State Examination

CDT – Clock Drawing Test

FAQ – Functional Abilities Questionnaire

### Bibliografia

- American Psychiatric Association 2000. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders, 4th Edition Text Revision*. Washington DC.
- Blanco, E. Hortoneda, *Síndromes Geriátricas*, Madrid: Ergon; 2006.
- Martín, J.D. et al. *a Psicogeriatría nos cuidados primários*, Actualizações em psiquiatria para médicos de família, Miraflores: Revifarma – Edições Médicas, Lda.; 2007.
- Delagarza, V. M.D., *Pharmacologic Treatment of Alzheimer's Disease: An Update*, *Am Fam Physician* 2003; 68: 1365–72.

## Apêndice V – História Clínica e Familiar

### I. Data e local

**Data da recolha de informação:** 10 de Fevereiro de 2010

**Hora:** 16h30m

**Local:** Centro de Saúde de Esposende

**Fonte:** A doente e a sua filha, que a acompanhou na consulta.

**Fiabilidade:** Doente cooperante e fiável, na informação. Com alguma dificuldade em recordar datas, corrigida pela filha.

### II. Identificação e Contexto Social

**Nome:** Palmira LN

**Idade:** 76 anos

**Sexo:** feminino

**Raça:** caucasiana

**Naturalidade:** Esposende

**Residência:** Esposende

**Estado Civil:** casada desde há 55 anos

**Ocupação:** reformada (antiga empregada doméstica)

**Religião:** católica

**Escolaridade:** Analfabeta

### III. Antecedentes Pessoais

#### Doenças de infância

Nega ter tido amigdalites de repetição.

Não se recorda de ter tido outras doenças de infância como varicela, parotidite, febre reumática, escarlatina ou rubéola.

#### Doenças Crónicas

Refere ter “Sinusite de vez em quando”, Hipertensão arterial desde há cerca de 26 anos, Diabetes Mellitus II e Insuficiência venosa dos membros inferiores desde há cerca de 20 anos.

Nega doença coronária, dislipidemia ou outras doenças cardiovasculares.

Nega doenças respiratórias como asma, bronquite, rinite ou tuberculose.

Nega história de hepatites.

### Hospitalizações pregressas

Internamento de 10 dias no Hospital de São João há cerca de 10 anos por infecção de úlcera venosa no maléolo medial direito.

Sem história de cirurgias, acidentes, traumas de outra natureza, ou transfusões.

### Alergias

Sem alergias conhecidas.

### Antecedentes ginecológicos e obstétricos

Menarca aos 11 anos.

Interlúnios 28 dias, regulares.

Cataménios 3-4 dias, pouco fluxo.

Menopausa há cerca de 25 anos.

Coitarca aos 17 anos.

Parceiros sexuais: 1, o marido.

IIIIG IIIIP, partos eutócicos, de termo, em casa, com assistência de parteira, sem intercorrências.

### Hábitos, estilo de vida e factores de risco cardiovascular

Faz 4 refeições por dia (pequeno almoço, almoço, lanche e jantar).

Consumo repartido igualmente de carne e peixe.

Precauções quanto à quantidade de sal desde o diagnóstico de hipertensão arterial.

Bebe cerca de 1 copo e meio de vinho maduro tinto (cerca de 18g álcool) por dia, ao almoço.

Come cerca de 2 pães com sal por dia.

Não pratica exercício físico, diz-se actualmente incapaz.

Nunca bebeu café.

Nunca consumiu tabaco ou outras drogas.

Sem história de viagens fora de Portugal.

### Vacinação

Não se recorda de ser vacinada em criança. Reforço do tétano actualizado, Programa Nacional de vacinação cumprido. Toma anualmente a vacina da Gripe sazonal.

### Rotina diária

Acorda por volta das 8h da manhã, faz o pequeno-almoço para si e para o marido. Arruma e limpa a casa, e faz o almoço. Por volta do meio-dia almoça com o marido. Depois arruma a cozinha e vê televisão durante a tarde. Por volta das 19h faz o jantar. Às 20h janta com o marido, depois arruma a cozinha e volta a ver televisão até cerca das 23h, quando se deita.

A rotina ao fim de semana é semelhante, não havendo horas específicas para estar com a família. Não tem nenhuma amizade forte.

#### **IV. Dados sócio-económicos**

Habitação própria. Moradia com luz, água canalizada, saneamento, aquecimento e sem humidade.

Sem animais domésticos, actualmente.

Vive com o marido, de 78 anos, sendo vizinha dos 3 filhos.

Trabalhou durante a infância como “criada”, ficando como doméstica e reparadora de redes de pesca (marido pescador) após o casamento.

Sem nenhum grau de escolaridade.

#### **V. História Familiar**

1. Avós paternos e maternos: faleceram todos, desconhece o motivo.
2. Mãe: Esperança, faleceu aos 72 anos por Doença Coronária.
3. Pai: António, faleceu aos 73 anos por complicações de Bronquite Crónica. Não fumador.
4. Irmãos: 2 irmãos e 2 irmãs:
  - Jacob, 77 anos, vive no Brasil, desconhece a sua situação de saúde;
  - Magnífica, faleceu aos 69 anos por Doença Coronária;
  - Rosa, faleceu aos 68 anos por Doença Coronária;
  - Abraão, faleceu aos 64 anos por Doença Coronária.
5. Filhos: 2 filhos e 1 filha:
  - António, 56 anos, saudável;
  - Maria de Fátima, 50 anos, HTA;
  - Paulo, 46 anos, saudável.
6. Netos: 3 netos e 3 netas:
  - Célia, 35 anos, saudável;
  - João, 31 anos, saudável;
  - Sónia Raquel, 31 anos, saudável;
  - Tiago, 26 anos, saudável;
  - Leonel, 26 anos, saudável;
  - António João, 23 anos, saudável;
  - Mariana, 17 anos, saudável.
7. Bisnetos: 4 bisnetas e 1 bisneto:
  - Bruno, 3 anos, saudável;
  - Rita, 2 anos, saudável;
  - Angélica, 8 meses, saudável;
  - Rosa e Andreia, 2 semanas, internadas no Hospital da Póvoa do Varzim por baixo peso ao nascer (gestação gemelar).

## VI. Biopatografia

Biografia	Ano	Patografia
Nascimento Vive em casa dos pais, com os irmãos.	1934	
Começa a trabalhar como “criada”	1944	
Conhece José e começam a namorar.	1951	
Casamento com José. Deixa emprego de “criada”. Passa a viver em casa de prima	1953	
Nascimento do 1º filho, António	1954	
Muda-se para casa alugada com marido e filho. Nascimento da filha, Maria de Fátima.	1959	
Mudança para casa própria.	1962	
Nascimento do seu terceiro e último filho, Paulo	1963	
Casamento de António	1973	
Nascimento de Célia (neta, filha de António)	1974	
António sai de casa	1975	
Casamento de Maria de Fátima	1977	
Maria de Fátima sai de casa Nascimento de Sónia Raquel (neta, filha de Maria de Fátima) e de João (neto, filho de António)	1978	
Nascimento de Tiago (neto, filho de António)	1983	
Nascimento de Leonel (neto, filho de Maria de Fátima)	1984	HTA
Paulo casa-se e sai de casa.	1985	
Morte da Mãe, Esperança. Morte do Pai, António. Nascimento de António João (neto, filho de Paulo)	1987	
	1990	DM tipo 2. Insuficiência Venosa crónica dos membros inferiores Osteoporose
Nascimento de Mariana (neta, filha de Paulo)	1993	
	2000	Internamento por infecção de úlcera venosa no maléolo medial direito.
Falece Abraão, irmão mais novo de Palmira, com 64 anos, por Doença Coronária.	2004	
Nasce Bruno (bisneto, filho de António João)	2006	
Nasce Rita (bisneta, filha de António João)	2007	
Nasce Angélica (bisneta, filha de Sónia Raquel)	2009	
Nascem Rosa e Andreia (bisnetas, filhas de António João)	2010	

### História Pessoal

Palmira nasceu em 1934, em casa, em Esposende, com a ajuda de uma parteira. Foi a segunda filha dos seus pais, depois do seu irmão António, 1 ano mais velho. Viveu com os seus pais durante toda a

infância, numa casa sem grandes condições de higiene e com humidade. O aquecimento era feito através de lareiras e braseiros. Vivía numa situação de miséria, passando fome e sendo forçada, por vezes, a pedir pão para comer. Começa a trabalhar, ajudando os seus pais nas tarefas de cultivar e colher dos terrenos de casa, por volta dos 6 anos.

Cerca dos 10 anos começa a trabalhar como “criada”, na casa de uma senhora em Esposende, continuando a viver em casa dos seus pais. Nunca frequentou a escola. Refere que estes foram os piores tempos da vida dela: a sua empregadora tratava-a mal e obrigava-a a trabalhar muito.

Palmira conhece o seu futuro marido, José, quando tem 17 anos. Namoram durante 2 anos, e casa-se com 19 anos. Sai de casa dos pais e vai viver 2 anos para casa de uma prima. Deixa o emprego de “criada” e passa a tratar das actividades de casa e do reparo das redes de pesca do marido, que é pescador.

Aos 20 anos nasce António, o seu primeiro filho.

Depois de 4 anos a viverem em casa da prima, mudam-se para outra casa, alugada. Estes tempos representaram uma grande mudança e uma grande melhoria na sua vida. O marido apoiou a decisão dela de deixar o emprego de “criada”, fonte de muita tristeza. Deixar a casa pequena e as condições de miséria em que vivia com os seus pais foi também motivo de grande alegria. Não volta a outro emprego, passando os dias a cuidar da casa e da família e a reparar as redes de pesca do marido.

Já em casa própria, aos 25 anos, nasce Maria de Fátima.

Viviam com algumas posses, numa casa com todas as condições de saneamento, luz, electricidade, água potável e aquecimento (lareira). As condições económicas melhoraram ao longo do tempo, tendo o marido adquirido um barco próprio. As relações familiares foram sempre muito boas, com a família muito unida.

Aos 29 anos nasce Paulo, o seu terceiro e último filho.

As relações familiares mantêm-se fortes entre toda a família. Quando Palmira faz 39 anos, o seu filho Paulo, casa-se. Aos 40 anos, tem a primeira neta, Célia, filha de Paulo. Aos 41 anos, Paulo sai de sua casa para ir viver numa casa nas proximidades.

Aos 43 anos, a sua filha, Maria de Fátima, casa-se. Um ano depois, nasce Sónia Raquel, filha de Maria de Fátima, e esta muda-se para uma casa próxima.

Em 1983, nasce o seu terceiro neto, Tiago, filho de António. Um ano depois, com 50 anos, é-lhe diagnosticada HTA e nasce Leonel, filho de Maria de Fátima.

Em 1985, com 51 anos, Paulo casa e sai de casa de Palmira, mudando-se para uma casa nas imediações.

A mãe de Palmira falece em 1987, com 72 anos, de Doença Coronária. Nesse mesmo ano, o pai, António, falece também, por complicações de Bronquite Crónica, e nasce António João, filho de Paulo.

Em 1990, são feitos os diagnósticos de Diabetes Mellitus tipo 2, Insuficiência Venosa Crónica e Osteoporose.

Em 1993 nasce Mariana, filha de Paulo.

Em 2004, Abraão, irmão mais novo de Palmira, falece com 64 anos, vítima de Doença Coronária. Um ano depois, Palmira perde as duas irmãs, Magnífica e Rosa, ambas vítimas de Doença Coronária. Este foi um período particularmente difícil para Palmira, pois mantinha uma relação de proximidade com os irmãos.

Em 2006 e 2007 nascem respectivamente Bruno e Rita (bisnetos) ambos filhos de António João. Em 2009, nasce Angélica, actualmente com 8 meses, filha de Sónia Raquel.

Em Janeiro de 2010, nascem Rosa e Andreia, filhas de António João, em resultado de gravidez gemelar. A permanência das bisnetas no Hospital da Póvoa, por baixo peso ao nascer, é uma grande fonte de ansiedade para Palmira.

### Relações Sociais

As relações familiares são bastante fortes entre Palmira e os 3 filhos, que são vizinhos. A relação com José, seu marido, mantém-se também muito forte. Palmira reconhece-lhe imensas qualidades e diz que continua a ser a pessoa perfeita para ela, e que sempre a tratou muito bem. Gosta muito dele e diz-se ainda apaixonada.

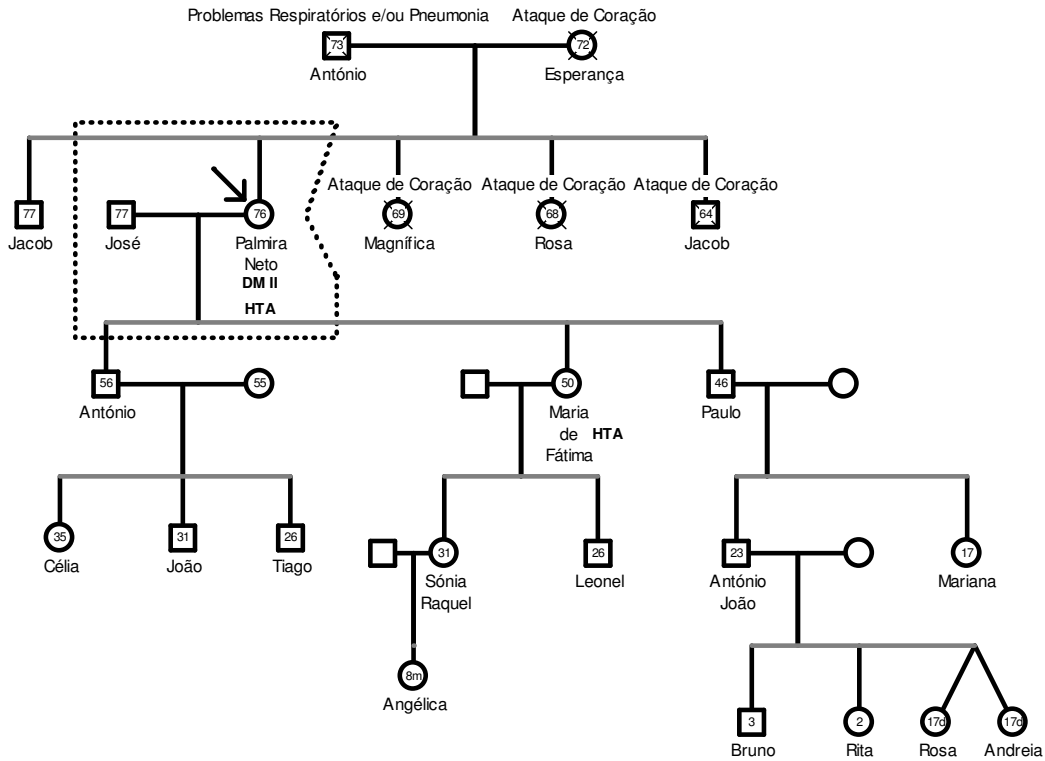
Palmira vê ou fala com os filhos todos os dias, pessoalmente ou ao telefone, embora não tenha hora fixa para estar com eles.

A relação com os netos, embora boa, é um pouco mais distante, pois moram todos um pouco mais longe.

Palmira nunca teve grandes amigas ou outras ligações fora da família. Diz que na família tem mais confiança e que as amigas alimentam intrigas.

## VI. Análise Familiar

### Genograma



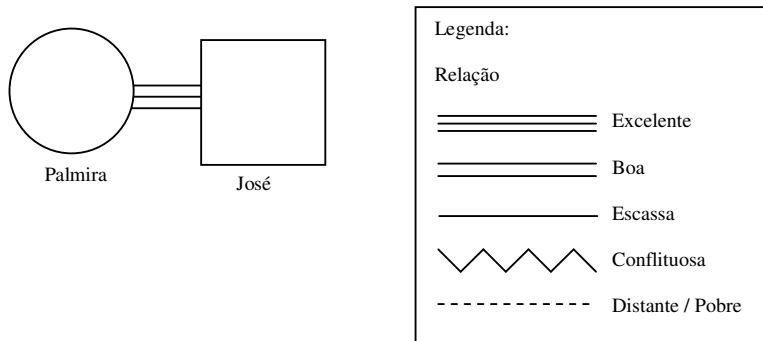
A paciente encontra-se identificada com uma seta e o agregado familiar com uma linha tracejada.

A doente não se recordava das datas de nascimento (ano e mês), mas tinha presentes todas as idades actuais dos familiares.

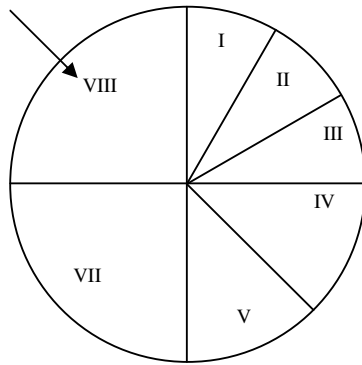
Existe história familiar de Doença Coronária (que vitimou a mãe, 2 irmãs e 1 irmão) e de HTA (a própria paciente e a filha).

Não existe história familiar de outras patologias.

### Psicofigura de Mitchell



Círculo da vida de Duvall



A paciente encontra-se no estágio VIII de Duvall.

VIII – Progenitores na terceira idade

APGAR Familiar de Smilkstein

APGAR	Quase sempre (2 pontos)	Algumas vezes (1 ponto)	Quase nunca (0 pontos)
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		
<b>Total</b>	<b>10 pontos</b>		

O resultado de 10 pontos indica uma família muito unida e aberta, altamente funcional.



## Classificação social de Graffar

<b>Critérios</b>	<b>Pontuação</b>
Profissão: Doméstica	5
Nível de instrução: Analfabeta	5
Fonte principal de rendimento: Vencimento mensal fixo	3
Tipo de habitação: Casa modesta, com 2 quartos, 1 cozinha, 1 casa de banho, iluminado e arejada e electrodomésticos essenciais	3
Aspecto do bairro habitado: Bom local	2
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>

De acordo com a soma obtida, classifica-se esta família como Classe IV de Graffar ou Classe Média Baixa.

## **Consulta do dia 10 de Fevereiro de 2010**

### **Subjectivo**

Dores articulares, de intensidade moderada, na coluna lombar e joelhos, bilateralmente, com agravamento com a marcha. As dores aliviam com o repouso.

Seguimento de HTA, DM tipo 2 e Insuficiência Venosa Crónica dos membros inferiores.

Pedido de Exames analíticos.

### **Objectivo**

#### Estado geral

Doente consciente, colaborante, orientada no espaço, tempo e contexto.

Discurso coerente. Sem perturbações na memória ou dificuldade na articulação do discurso.

Idade aparente coincidente com idade real. Aparente sobrepeso.

Pele e mucosas coradas e hidratadas. Anictérica. Sem cianose central ou periférica.

Sem deformações aparentes. Sem fácies característico.

## Sinais vitais

*Frequência cardíaca: pulso radial:* 78 batimentos por minuto, rítmico, regular, amplo, simétrico.

*Tensão arterial:* 170/85 mmHg, média de 3 medições realizadas com um esfigmomanómetro electrónico manual no membro superior esquerdo, com a doente sentada. Sem pulso paradoxal.

*Frequência respiratória:* 18 ciclos por minuto, com movimentos respiratórios de amplitude normal, regulares, simétricos, sem tiragem intercostal ou supraclavicular.

*Temperatura:* Não medida.

## Pele e faneras

Distribuição pilosa de acordo com o sexo e a idade. Cabelo de implantação normal.

Pele hidratada, corada e anictérica.

Mucosas coradas e hidratadas. Escleróticas anictéricas.

Leito ungueal sem alterações.

## Antropometria

*Peso:* 97 kg

*Altura:* 1,59 m

*IMC:* 38,4 kg/m<sup>2</sup> (Obesidade Mórbida)

## Cabeça e Pescoço

Sem dismorfias ou tumefacções. Couro cabeludo sem alterações.

Cabelo seco, grisalho.

Pulsos temporais superficiais amplos, simétricos, indolores à palpação, sem tortuosidades.

Sem adenopatias retroauriculares ou occipitais, cervicais ou supraclaviculares.

Face sem dismorfias. Pele anictérica. Sem telangiectasias ou rosetas malares.

Ausência de endo, exoftalmia ou edema palpebral. Escleróticas e conjuntivas anictéricas.

Mobilidade palpebral e dos globos oculares normal.

Sem hemorragia, secreções anormais, nistagmo ou estrabismo.

Fundoscopia: não realizada. Exame de acuidade visual não realizado.

Pavilhões auriculares de implantação normal, simétricos, sem deformidades e sem dor à palpação. Canais auditivos externos sem escorrências. Não foi efectuada otoscopia.

Ausência de dor à percussão dos seios perinasais.

Mucosa gengival sem lesões, hemorragia ou hipertrofia. Mucosa bucal sem lesões aparentes.

Dentes em geral desgastados, de coloração amarelada, de implantação baixa.

## Tórax

Tórax simétrico, com expansibilidade e mobilidade normais. Panícula adiposa exuberante.

Sem deformidades, tumefacções ou outras lesões.

Movimentos respiratórios rítmicos, regulares e simétricos, com amplitude normal. Sem utilização dos músculos acessórios da respiração.

Sem tiragem.

Sem massas, tumefacções ou adenomegalias palpáveis.

Área de impulso máximo localizada com dificuldade na linha médioclavicular esquerda, ao nível do quinto espaço intercostal.

Sem alterações à percussão.

Auscultação Pulmonar: sons respiratórios presentes bilateralmente. Transmissão dos sons vocais normal. Sem ruídos adventícios.

Auscultação Cardíaca: S1 e S2 presente mas ensurdecidos, rítmicos, de intensidade normal. Sem sons adicionais, sopros, atrito pericárdico, 3º ou 4º sons.

## Abdómen

Globoso, simétrico, sem dismorfias ou circulação colateral. Sem pulsatilidades. Sem cicatrizes, herniações, ou outras lesões.

Mole e depressível à palpação, sem defesa. Sem dor à palpação superficial ou profunda. Sem massas ou organomegalias palpáveis. Sinal de Murphy negativo. Pesquisa do sinal da onda ascítica negativo.

Indolor à percussão, som timpânico. Macicez do bordo hepático superior, a partir do 6º espaço intercostal direito. Sem macicez nos flancos.

Ruídos intestinais hidroaéreos audíveis em todos os quadrantes. Sem sopros.

Perímetro Abdominal: 95 cm.

## Exame neurológico, perineal e ginecológico

Não realizados

## Membros Inferiores

Simétricos, frios, sem atrofia das massas musculares.

Rarefação pilosa. Com edemas no limite das meias de compressão, abaixo do joelho. Alterações da pele compatíveis com insuficiência venosa crónica.

Mobilidade articular dos joelhos limitada por dor; com dor ligeira à palpação articular; sem sinais inflamatórios. Dedos e leitos ungueais sem alterações.

Pulsos pediosos presentes, amplos, regulares e simétricos.

## Dorso

Sem desvios ou deformidades aparentes, simétrico, de postura normal.

Região dorsal indolor à palpação e percussão; sem contractura. Sem edema sagrado.

## Avaliação

Provável osteoartrose da coluna lombar e dos joelhos.

HTA não controlada, grau 2.

DM tipo 2.

Insuficiência Venosa Crónica dos membros inferiores.

Obesidade grau 2.

## Plano / Terapêutica

Pedidos exames sanguíneos analíticos, pesquisa de sangue oculto nas fezes, exame sumário de urina.

Medições da TA 2x/semana até à próxima consulta, no espaço de 20 dias.

Mantém terapêutica com Januvia® Sitagliptina 50 mg (1x/dia, de manhã), Daflon® 500 (2x/dia) e Risidon® 850mg (ao pequeno almoço e ao jantar).

Aumenta dosagem de Zanipress® (Enalapril 10 mg + Lecarnidipina10 mg) para (Enalapril 20mg + Lecarnidipina10 mg).

Prescrito Paracetamol 1g (até de 8/8h) para as dores articulares.

Encorajada novamente a moderar a quantidade de alimentos ingeridos e a iniciar exercício físico, na intensidade que tolerar.

Médica Assistente: Dr.ª Maria do Céu Pinto

## Comentário

Palmira é uma utente afectuosa, simpática e divertida. Na hora da recolha de informação, mostrava-se preocupada com a possibilidade de perder a hora da consulta e com o facto das duas bisnetas nascidas há 2 semanas ainda não estarem em casa, com os pais.

Recorda com alguma tristeza os tempos de infância, a miséria em que vivia com pais e irmãos, o trabalho que odiava como “criada” desde muito nova e a fome por que passou.

Fala do marido como alguém que a arrancou dessa situação anterior, que sempre a apoiou e que sempre a tratou de forma excelente. A relação entre os dois continua excelente, revelando-se Palmira ainda apaixonada por José.

A relação com os filhos é ainda muito próxima, pois são vizinhos. A vida de Palmira é e sempre foi completamente centrada na família. A constituição de família e a saída de casa dos pais são os acontecimentos de maior alegria na sua vida. Tem grande orgulho na quantidade de filhos, netos, bisnetos que tem e mostra-o, falando bastante deles e menos de si.

As outras relações sociais são escassas e pouco valorizadas. As suas comorbilidades e os seus afazeres diários limitam em grande medida o tempo livre que tem para actividades.

Palmira é também um pouco desconfiada e protectora, referindo que as amigas fora da família são muitas vezes fonte de intrigas e não acreditando nas explicações que lhe dão de que “tudo está bem” com as suas bisnetas nascidas há pouco tempo de gestação gemelar, ainda internadas.

Esta é uma utente que revela ter um componente familiar altamente estável e funcional. A correcção das suas patologias assume um papel fulcral. A sua obesidade contribui, com certeza, para as suas dores articulares e, juntamente com a DM tipo 2, agrava o seu risco cardiovascular, pelo que deveria ser sujeita a uma abordagem diético-terapêutica mais intensiva.

A sua Hipertensão não controlada pode ser em parte fruto da sua ansiedade quanto às bisnetas e à hora da consulta, pois os registos ambulatoriais anteriores apresentam valores no limite superior do normal para um doente com as suas comorbilidades.

## **Apêndice VI – O Exercício Físico em utentes do Centro de Saúde São João e Centro de Saúde de Esposende – Um estudo observacional**

### **Introdução**

O exercício físico representa uma parcela essencial de um estilo de vida saudável, contribuindo para a saúde tanto física como mental do indivíduo.<sup>1-6</sup>

Várias designações de exercício ou actividade física foram defendidas ao longo do tempo por diferentes correntes de pensamento.

Várias definições de Exercício ou actividade física foram apresentadas e revistas ao longo do tempo. A Organização Mundial de Saúde designa, actualmente, actividade física *qualquer movimento corporal que implica gasto de energia*.<sup>6</sup>

A inactividade física é um factor de risco para várias doenças crónicas, sendo responsável por aproximadamente 1,9 milhões de mortes por ano. A actividade física permite, de forma directa, a diminuição do risco de várias doenças do foro cardiovascular e mesmo algumas neoplásicas.<sup>1,2,5,6</sup>

O desgaste energético promovido pela actividade física é um elemento chave no controlo do peso do indivíduo, contribuindo para a prevenção, controlo e reversão do excesso de peso e obesidade.<sup>1,2,4-6</sup>

Dada a amplitude do termo actividade física, um outro termo derivado, Exercício Físico, adquire grande relevância. Exercício físico é definido como uma *forma de actividade física em que há movimentos intencionais repetitivos com o objectivo de melhorar a função ou forma cardiorrespiratória e muscular* <sup>5</sup>. O exercício implica geralmente uma maior estruturação e intensidade da actividade física.<sup>5</sup>

### **Benefícios do Exercício Físico**

O exercício físico tem, comprovadamente, uma acção benéfica fisiológica, com diminuição dos riscos de Doença cardiovascular, Diabetes Mellitus tipo 2, Acidente Vascular Cerebral, Doença Arterial Coronária, Carcinoma do cólon e Carcinoma da Mama nas mulheres.<sup>1,2,4-9</sup>

Existem também evidências que sugerem um efeito benéfico ao nível da Hipertensão Arterial (HTA), Osteoporose e risco de queda associado, Peso e composição corporal, patologia músculo-esquelética como quadros de artrite ou dor lombar, estado mental e psicológico (reduz a depressão, ansiedade e stress) e reduz ou

ajuda a controlar de comportamentos de risco entre crianças e adolescentes como consumo de tabaco, álcool ou outras drogas.<sup>5,6</sup>

Os efeitos fisiológicos do exercício que se encontram na base dos benefícios observados são:

#### Efeitos antiaterogénicos

A adaptação ao exercício físico regular resulta na elevação do colesterol HDL, descida do LDL, descida da pressão arterial e aumento da sensibilidade à insulina com melhoria do metabolismo da glicose (o que ajuda a prevenir a diabetes Mellitus tipo 2 e a Síndrome metabólica).<sup>6</sup>

#### Efeitos antitrombóticos

Verifica-se uma descida dos níveis de fibrinogénio, aumento do activador tecidual do plasminogénio activo e uma redução do inibidor do activador do plasminogénio com a actividade física. Existe também uma influência sobre a função plaquetária, que aumenta em resposta ao exercício de curto prazo nos sedentários, normalizando a curto prazo.<sup>5,7,8</sup>

#### Alteração da função endotelial

O exercício estimula a produção de moléculas como o NO ou outros factores vasoactivos que se encontram diminuídos na aterosclerose e em doentes com factores de risco coronários como a Hipercolesterolemia, diabetes mellitus, hábitos tabágicos e hipertensão arterial. Estes compostos têm síntese endotelial e efeitos cardiovasculares protectores. O aumento da sua síntese traduz a melhoria da função endotelial com o exercício.<sup>5,7,8,11</sup>

#### Efeitos anti-isquémicos

A melhoria da função endotelial pode explicar a melhor relação entre demanda de oferta de fluxo sanguíneo no miocárdio. Para além disto, a diminuição do tónus simpático e o aumento do tónus parassimpático diminui a frequência cardíaca (o que aumenta o tempo de perfusão do miocárdio em diástole) e diminui a pressão arterial, o que resulta em diminuição do trabalho cardíaco. Todos estes efeitos foram amplamente estudados e comprovados com o exercício físico regular submáximo.<sup>5,7,8</sup>

### Efeitos antiarrítmicos

Todas as alterações descritas anteriormente quanto aos benefícios anti-isquémicos contribuem para a redução do risco de arritmias como a fibrilação ventricular. É importante referir que, durante o exercício vigoroso, há aumento importante do risco de arritmias malignas em doentes com Doença Arterial Coronária. A prova de esforço é fundamental para o estabelecimento da capacidade funcional nestes doentes antes do retomar da prática de exercício físico.<sup>5,7,8,12</sup>

A prática regular de exercício físico permite reduzir, em média, a pressão arterial sistólica em 10 mmHg e a diastólica em 7,5 mmHg.<sup>5-8</sup>

Está também descrito um efeito benéfico sobre a Diabetes Mellitus, com aumento da sensibilidade à insulina e melhor controlo da glicemia, acções que podem ser potenciadas pela perda de peso, para a qual o exercício físico contribui.<sup>5-8</sup>

Para além da melhoria da função cardiorrespiratória, o exercício físico regular promove a o bem-estar psicológico e mental.<sup>5-9</sup> Estes efeitos são provavelmente mediados pela libertação, durante o exercício, de substâncias como endorfinas.

A melhoria do bem-estar está associada a aumento da produtividade e menor absentismo no trabalho e aumento do rendimento escolar.<sup>6</sup>

### **Riscos do Exercício Físico**

A prática de exercício não está completamente desligada de riscos associados. Em pacientes com doença cardiovascular prévia, geralmente de idade avançada, o exercício físico intenso pode causar morte cardíaca súbita e EAM.<sup>13,14</sup>

Estas ocorrências aumentam de acordo com a gravidade da doença cardíaca, idade e estado funcional do doente e a intensidade do exercício, sendo raras em pacientes anteriormente saudáveis.<sup>13,14</sup>

Outras repercussões negativas possíveis do exercício físico são as lesões músculo-esqueléticas. Entorses, rupturas musculares e de ligamentos, contusões podem resultar directamente da prática de exercício. Artrites e desgaste precoce das articulações são outras consequências menos imediatas mas igualmente limitadoras.<sup>14</sup>

O estabelecimento da lesão depende de grande forma da intensidade, frequência e impactos envolvidos no exercício em causa. Exercícios como corrida e ginástica aeróbia resultam em impactos de grande intensidade para articulações como a coxofemoral, o joelho e o tornozelo. Estes exercícios devem ser substituídos, sempre que possível, por

outros igualmente intensos mas menos traumáticos como a bicicleta, a caminhada e a natação.

As orientações guia com maior aplicação internacional, recomendadas pela OMS, são as da American College of Sports Medicine & American Heart Association. Estas orientações guia, datadas de 2007, concluem que todos os adultos deveriam praticar, pelo menos, 30 minutos/dia, 5 dias por semana, actividade física aeróbia de intensidade moderada ou 20 minutos/dia, em 3 dias da semana, de exercício aeróbio de intensidade vigorosa. Combinações das duas formas podem ser realizadas com iguais resultados.<sup>1</sup>

Estas orientações guia já levam em consideração as actividades físicas relacionadas com a vida diária activa não programadas, geralmente de baixa intensidade e com duração inferior a 10 minutos.<sup>1</sup>

É defendida também a actividade de manutenção ou fortalecimento muscular em todos os adultos, com uma frequência de pelo menos 2x/semana, em dias não consecutivos. Estas actividades devem compreender 8 a 10 exercícios envolvendo os principais músculos corporais.<sup>1</sup>

Estas orientações guia, na sua edição de 2007, estabelecem também metas para o exercício físico em idosos (Idade>65 anos) ou adultos com doenças crónicas, como artrite, na faixa de 50-64 anos. Neste grupo está recomendada a mesma carga de exercício aeróbio e de fortalecimento muscular que nos adultos mais jovens. Todavia, devem ser adicionados exercícios de treino de equilíbrio, se o paciente apresentar riscos de queda ou desequilíbrio e ser estabelecido um plano de treino organizado junto com o doente.<sup>3</sup>

O excesso de peso atingiu as proporções de epidemia, com cerca de 1 milhar de milhão de pessoas no mundo. Dentre estas, 300 milhões apresentam obesidade.<sup>6</sup>

O estabelecimento destes diagnósticos passa pelo cálculo do Índice de Massa Corporal da pessoa ( $IMC(kg/m^2) = \text{Peso}(kg) / (\text{Altura}(m))^2$ ). Um IMC superior a 25 traduz excesso de peso e um que exceda 30, obesidade.<sup>6</sup>

O excesso de peso e obesidade estão com provadamente associados a efeitos adversos metabólicos (elevação de LDL, descida de HDL, aumento dos Triglicérides, aumento da resistência à insulina, DM tipo2), respiratórios (Síndrome de Apneia obstrutiva do sono, DPOC), neoplásicos (aumento do risco de Carcinoma da mama e outras neoplasias hormono-dependentes e do cólon), entre muitos outros.<sup>6</sup>

Torna-se por isso necessário combater esta epidemia de forma veemente. A acção fundamental sobre estes problemas ponderais é de alteração de estilos de vida e não

farmacológica. Juntamente com a dieta, o exercício físico regular é um passo essencial na reversão do sobrepeso, uma vez que estes são os principais determinantes do equilíbrio energético do indivíduo.<sup>6</sup>

### Objectivo

Proporcionar uma visão transversal da prática de exercício físico em duas populações do Norte de Portugal, uma residente em meio urbano (utentes de Consulta do CSSJ) e outra de carácter mais rural (utentes de Consulta do CSE) e avaliar criticamente os resultados quanto às suas semelhanças e diferenças.

Tentar explicar as razões para a inactividade física entre os utentes que não a praticam.

### Material e Métodos

O estudo desenvolvido foi do tipo transversal observacional.

Foi aplicado um questionário simples, anónimo, não validado, preenchido pelo entrevistador com base nas respostas do doente, a todos os utentes vistos em consultas nos CSSJ e CSE. Este questionário encontra-se apresentado em seguida:

<b>Sexo</b> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<b>Se sim,</b>
<b>Idade</b> <input type="checkbox"/> 19-35 <input type="checkbox"/> 35-65 <input type="checkbox"/> >65	<b>Tipo de Exercício</b> _____
<b>CS</b> <input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/> Rural	<b>Número de horas por semana</b> _____
<b>Pratica Exercício Físico?</b> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<b>Local</b> <input type="checkbox"/> Ginásio/Academia/Clube <input type="checkbox"/> Piscina <input type="checkbox"/> Ar livre <input type="checkbox"/> Centro de reabilitação <input type="checkbox"/> Outro _____
<b>Se não,</b>	<b>Porquê</b> <input type="checkbox"/> Bem-estar / Diversão / Gosto <input type="checkbox"/> Acha necessário <input type="checkbox"/> Prescrição / recomendação médica <input type="checkbox"/> Outro _____
<b>Porquê</b> <input type="checkbox"/> Falta de tempo <input type="checkbox"/> Motivos financeiros <input type="checkbox"/> Incapacidade física <input type="checkbox"/> Recusa pessoal <input type="checkbox"/> Outro _____	

Os dados foram recolhidos com o consentimento informado dos doentes.

Utilizaram-se também dados recolhidos na consulta (peso e altura) para calcular o IMC do utente. O peso e a altura dos utentes foram recolhidos através de medições usando os meios ao dispor em ambos os CS.

Apenas utentes adultos (idade igual ou superior a 19 anos) foram considerados. As idades foram divididas em intervalos (adulto jovem 19 a 34 anos; adulto 35-64 anos; idoso >65 anos).

No total, foram recolhidos os dados de 55 consultas de MGF no CSSJ e de 44 no CSE.

A actividade física inserida na vida diária, tal como descrita nas orientações guia da ACSM & AHA (geralmente de baixa intensidade e de duração inferior a 10 minutos), foi considerada irrelevante para o estudo.

A prática de exercício físico foi caracterizada quanto ao tipo, número de horas por semana, local e a razão porque o utente o fazia.

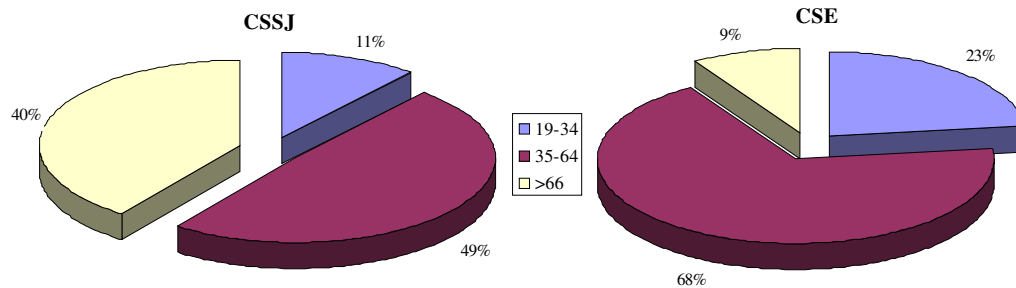
Nos utentes que não praticavam exercício físico foi pedido que identificassem a principal razão para tal.

Os dados recolhidos foram tratados usando o Microsoft Excel 2003.

## Resultados Obtidos

A população inquirida era composta por 54,55% de mulheres e 45,45% de homens no CSSJ e por 72,73% de utentes femininas e 27,27% de utentes masculinos no CSE.

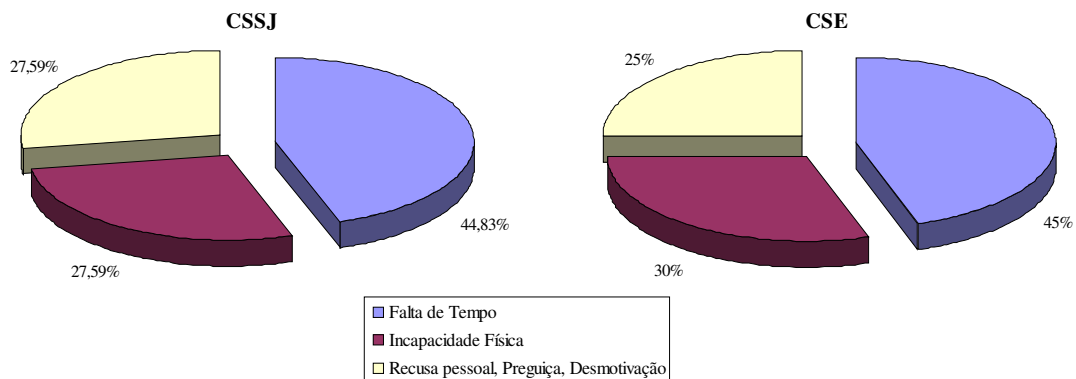
A distribuição percentual por idades foi:



Com base no cálculo do IMC, os doentes foram divididos em doentes com ou sem sobrecarga ponderal (conforme o valor do IMC era inferior ou superior a  $25 \text{ kg/m}^2$ , respectivamente). Da aplicação deste critério resultou que 58,18% dos utentes consultados no CSSJ e 56,82% no CSE apresentavam, de acordo com o seu IMC, sobrepeso.

Com base nas respostas dos utentes dos dois CS, a percentagem de utentes a praticar exercício físico situa-se nos 47,27% nos utentes do Porto e em 54,55% nos utentes de Esposende.

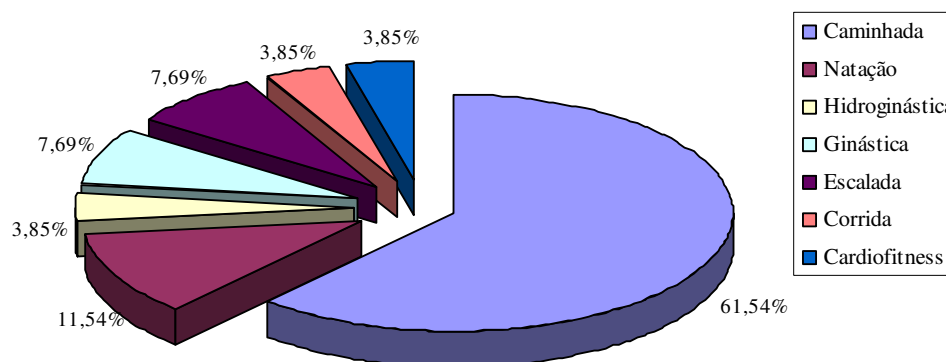
Entre os que não praticavam, os motivos apresentados foram os seguintes:



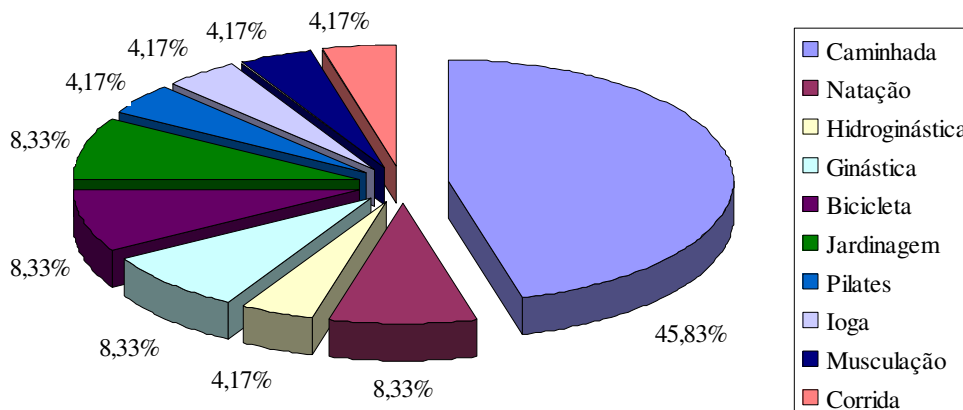
A actividade de jardinagem foi considerada uma actividade física quando os utentes referiam a sua prática com intensidade (sensação de taquicardia e taquipneia, aumento da sudação) e mais de meia hora seguida.

Em ambos os locais a caminhada é a actividade física mais praticada, representando 61,54% da actividade desenvolvida no meio urbano e 45,83% no meio rural.

**Tipos de Exercício praticados - CSSJ**



**Tipos de Exercício praticados - CSE**



De acordo com os dados de peso e altura recolhidos na consulta foi calculado o IMC para todos os utentes entrevistados. Com base neste cálculo, a percentagem de pacientes com excesso de peso no CSSJ foi de 58,18% e no CSE de 56,82%, ambas elevadas e semelhantes entre si. O IMC médio calculado foi de 26,7 no CSE e de 26,6 no CSSJ.

Os números observados suportam a premissa de que o excesso de peso e a obesidade são epidemias dos tempos modernos.

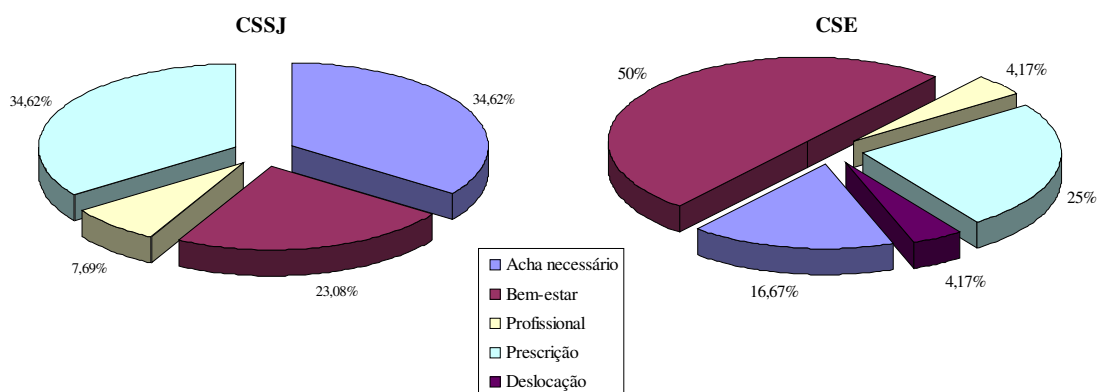
Entre os utentes com excesso de peso no CSSJ, apenas 43,75% praticavam exercício, número inferior ao verificado em doentes com peso normal, 52,17%. Este resultado também se verificou no CSE, embora menos marcado: entre os utentes com

sobrecarga ponderal 52% praticava exercício físico, nos com peso na faixa normal, 57,89%.

O número médio de horas/semana de exercício foi de, aproximadamente, 4h30min no CSSJ e de, aproximadamente, 6h30min no CSE.

A grande maioria dos utentes que praticavam exercício faziam-no ao ar livre, percentagem ligeiramente superior no CSSJ (69,23%) em comparação com o CSE (62,50%).

A razão para a prática de exercício nas duas populações variou de forma marcada. Nos entrevistados em Esposende, os motivos foram, em número decrescente: A sensação de Bem-estar (50%), Prescrição Médica (25%), o facto de achar necessário (16,67%), com fins laborais (4,17%) e por fim pela necessidade de se fazer deslocar (no caso usando uma bicicleta – 4,17%).



No CSSJ, as razões foram: Prescrição Médica (34,62%), o facto de achar necessário (34,62%), a sensação de Bem-estar (23,08%) e, por fim, por razões profissionais (7,69%).

## Discussão

O estudo realizado encontra-se limitado, na amplitude dos seus resultados, pelo pequeno número de utentes entrevistados, pelo uso de um questionário não validado e de instrumentos de medição do peso e altura não estandardizados, que variaram entre os centros de saúde.

Ao contrário do esperado, houve uma grande desproporção na distribuição por sexos dos utentes entrevistados: em meio urbano as mulheres representaram 54,55%. Esta maioria foi ainda mais marcada em meio rural, com 72,73% de utentes femininas e apenas 27,27% de utentes masculinos. Esta diferença pode em parte ser explicada pela

composição das pirâmides etárias de ambos os CS, em que se verifica um predomínio feminino, e por outro pelo maior número de programas de saúde orientadas para as mulheres como as consultas de rastreio oncológico e saúde materno-infantil.

Não se verificaram grandes diferenças entre as justificações apresentadas para a ausência de actividade física regular na vida dos utentes.

Os motivos apontados para a inactividade física prenderam-se, na maior parte dos casos, com a falta de tempo, mesmo em casos de utentes em que a veracidade de tal motivo é dúbio. Uteses reformados sem actividades paralelas, outros com incapacidade laboral, outros ainda desempregados, sem limitações físicas ou funcionais, apresentaram esta razão para a sua inactividade. Por outro lado, a maior poluição do Centro do Porto, as ruas estreitas, com pouca exposição solar, e algum sentimento de insegurança podem levar alguns utentes a ter de se fazer deslocar para um parque ou ginásio longe de casa ou do emprego para a prática de alguma actividade. Estas deslocações, geralmente no fim do período laboral, podem em alguns casos requerer um período de tempo que não é compatível com as suas restantes actividades quotidianas. Este resultado pode também traduzir desinformação em relação à quantidade de tempo diária necessária à prática de exercício físico que, com base nas orientações guia apresentadas, tem benefícios para a saúde. A desinformação pode também existir em relação aos próprios benefícios que podem resultar do exercício físico regular.

Nenhum utente referiu os custos financeiros de uma actividade física como a razão principal da inactividade. Esta razão foi referida por duas vezes no CSSJ, mas em segundo lugar, atrás da falta de tempo. Seria de esperar que algumas pessoas apontariam essa razão, uma vez que a prática ao ar livre não é tão agradável num ambiente mais poluído como é o Centro do Porto e o preço dos ginásios, no centro da cidade, é por vezes proibitivo para famílias com orçamento mensal limitado (situação gravada pelo momento económico corrente).

Por outro lado, um número significativo de utentes apresentou a limitação física como razão para não praticar exercício físico. Esta constatação sugere desinformação, por parte dos doentes, em relação aos exercícios que podem realizar e com que intensidade, quais são os benefícios, quais os riscos. Desde que adaptado à capacidade funcional do doente, o exercício físico raramente é contra-indicado de forma absoluta.

A justificação apresentada de sensação de incapacidade física, recusa pessoal, preguiça ou outra desmotivação para o exercício físico revela, novamente, a falta de

informação da população em relação aos riscos, benefícios e relação risco/benefício da prática de exercício físico e da própria inactividade física.

A média de horas semanais dedicadas pelos utentes ao exercício foi bastante desigual nas duas populações, com uma média de 6h 36min dispendidas em Esposende e de 4h 32min no Porto. Numa população tão pequena como foi a estudada, um utente apenas que dedique muito tempo da sua semana à actividade física pode alterar os resultados da média, resultando num valor mais elevado que o esperado.

Contrário ao que seria de esperar, verificou-se que uma percentagem grande dos utentes em meio urbano realizavam exercício ao ar livre (69,23%). Tal prende-se com o facto de o exercício físico mais escolhido ser a caminhada. Este exercício é de baixa intensidade e não apresenta custos associados, podendo ser facilmente integrado na rotina diária.

As razões apresentadas para a prática de exercício diferiram entre os 2 CS. No Porto, há uma maior percentagem de utentes que o pratica por prescrição ou indicação médica e uma menor percentagem que o faz por Bem-estar, ao contrário de Esposende.

O facto de a prescrição médica ser um motivo importante, em termos percentuais, significa que a classe médica tem, de facto, uma influência positiva nesta questão quando faz recomendações quanto aos benefícios de uma vida activa.

A diferença relativa ao Bem-estar pode ser explicada pelas diferenças entre um meio de características urbanas como o centro do Porto e um rural, ou semi-rural, como é Esposende e suas áreas adjacentes. O ambiente em que se desenvolve a actividade é provavelmente o responsável por tais diferenças. A maior parte dos utentes que caminhavam em Esposende referiam fazê-lo na marginal, um local amplo, plano, seguro, necessidade de atravessar ruas, com vista sobre a margem do rio, com grande exposição solar, com complexos como as piscinas de Esposende, máquinas exteriores de musculação e percursos de manutenção estabelecidos ao ar livre. Todo este cenário pode tornar a prática mais agradável, aumentando o bem-estar.

Comparando os doentes com excesso de peso com os de peso normal, observa-se que a percentagem que pratica exercício é maior (52,17% versus 43,75%). Este diferença sugere que a prática de exercício físico regular ajuda, de facto, a diminuir e/ou controlar o peso.

## **Conclusões**

A prática de exercício físico desempenha um papel fulcral num estilo de vida saudável. Os seus efeitos benéficos no organismo, mas principalmente os efeitos deletérios da inactividade, ainda que crescentemente divulgados, não são ainda muito compreendidos pelo público em geral. A prática desportiva parece pouco enraizada na população.

O sobrepeso e a obesidade apresentam-se, de facto, como um problema crescente na nossa população. A importância de controlar e reverter a sobrecarga ponderal e os seus efeitos deletérios e o papel do exercício nesse processo não parece muito bem estabelecida na maioria dos utentes. Apresenta-se como fundamental uma maior informação da população quanto a este tema.

A classe médica, quando devidamente informada, tem um papel fundamental no esclarecimento da população quanto aos benefícios do exercício físico e quanto aos riscos de não o fazer. A aplicação de um plano de exercício direccionado ao utente, com todas as suas comorbilidades de base, não é feita em muitos casos. Os utentes não parecem saber o que podem e mesmo devem fazer em termos de exercício quando apresentam alguma limitação funcional. O estabelecimento de um programa de exercício deve ser uma etapa importante do seguimento de um doente. Dada a falta de tempo que muitos utentes referem com limitação, deve primeiro ser esclarecido quanto tempo de facto é preciso, de forma semanal, para a prática de exercício físico. Em segundo lugar pode ser proposto um programa de exercícios para o utente realizar em casa ou integrar na sua rotina diária (como usar transportes públicos e caminhar em deslocações), de forma a minimizar a perda de tempo.

Em meio urbano, parece fundamental facilitar a prática de exercício físico. Tal efeito pode ser obtido pela criação, por exemplo, de espaços verdes, ciclovias, equipamentos e eventos desportivos municipais a preços reduzidos e com bons acessos, etc. Todas estas medidas podem ajudar a motivar a população, aumentando a sensação de bem-estar que advém da prática de desporto.

## Referências

1. Haskell, W.L, et. al. Physical activity and public Health. Updated Recommendation for Adults From the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation*. 116 (9): 1081. (2007)
2. Haskell, William L., Lee, I-Min, Pate, Russell R., et. al. Physical activity and public Health. Updated Recommendation for Adults From the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation* 116 (9): 1081.
3. Oja, Pekka; Bull, Fiona C.; Fogelholm, Mikael, et. al. Physical activity recommendations for health: what should Europe do? *BMC Public Health* 2010.
4. Nelson, Miriam E.; Rejeski W. Jack; Blair, Steven N., et. al. Physical Activity and Public Health in Older Adults: Recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Official Journal of the American College of Sports Medicine* 2007, 1435-1445
5. World Health Organization (WHO): *World Health Report 2002: Reducing Risks, Promoting Healthy Lifestyles*. Geneva: WHO, 2002.
6. World Health Organization (WHO): *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*. Geneva: WHO, Maio 2004.
7. Fletcher, Gerald F.; Balady; Gary Chair; Blair, Steven N. Statement on Exercise: Benefits and Recommendations for Physical Activity Programs for All Americans: A Statement for Health Professionals by the Committee on Exercise and Cardiac Rehabilitation of the Council on Clinical Cardiology, American Heart Association. *Circulation*. 1996; 94:857-862.
8. Bouchard, Claude; Blair, Steven N.; Haske, William L. *Physical activity and Health*, 1ª ed. Champaign, Illinois: Human Kinetics; 2006.
9. Leon, Arthur S. *Physical activity and Cardiovascular Health: A National Consensus*, 1ª ed. Champaign, Illinois: Human Kinetics; 1997.
10. Camacho, Terry C.; Roberts, Robert E.; Lazarus, Nancy B; et. al. Physical Activity and Depression: Evidence from the Alameda County Study. *Am J Epidemiol* 1991; 134:220-31.
11. Tran, Zung Vu; Weltman, Arthur. Differential Effects of Exercise on Serum Lipid and Lipoprotein Levels Seen With Changes in Body Weight: A Meta-analysis
12. *JAMA* 1985;254:919-924.
13. Moyna, N. M.; Thompson, P. The effect of physical activity on endothelial function in man. *Acta Physiol Scand* 2004, 180, 113–123

14. Mozaffarian, Dariush; Furberg, Curt D; Psaty, Bruce M.; et. al. Physical Activity and Incidence of Atrial Fibrillation in Older Adults: The Cardiovascular Health Study. *Circulation*. 2008;118: 800-807.
15. American College of Sports Medicine. Position Stand: Exercise for Patients with Coronary Artery Disease. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 26, 1994
16. American College of Sports Medicine and the American Heart Association. Exercise and Acute Cardiovascular Events: Placing the Risks into Perspective: A Joint Position. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 2007: 886-897.