



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2009/2010

Inês Gomes Martins de Almeida

Relatório de Estágio Profissionalizante em Medicina Comunitária

Abril, 2010

FMUP



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Inês Gomes Martins de Almeida
Relatório de Estágio Profissionalizante em Medicina Comunitária

Mestrado Integrado em Medicina

Área: Medicina Comunitária

Trabalho efectuado sob a Orientação de:

Dra. Maria João Sena Esteves

Abril, 2010

FMUP

Nome: INÊS GOMES MARTINS DE ALMEIDA

Endereço electrónico: inesgmalmeida@lutimail.com

Título da Dissertação/Monografia/Relatório de Estágio:

RELATÓRIO DE ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE EM MEDICINA
COMUNITÁRIA

Nome completo do Orientador:

MARIA JOÃO MARTINS DE SENA ESTEVES

Nome completo do Co-Orientador:

Ano de conclusão: 2010

Designação da área do projecto de opção:

MEDICINA COMUNITÁRIA

É autorizada a reprodução integral desta ~~Dissertação/Monografia~~ Relatório de Estágio (*cutar 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, 19/04/2010

Assinatura: Inês Gomes Martins de Almeida

Eu, INES GOMES MARTINS DE ALMEIDA, abaixo assinado, nº mecanográfico 040801099 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, 19/04/2010

Assinatura: Ines Gomes Martins de Almeida

RESUMO

A Medicina Geral e Familiar está direccionada para a prestação de cuidados de saúde primários (CSP). Estes centram a sua atenção na *Pessoa* e constituem o exercício da medicina na sua forma mais integradora, ao apresentarem uma área de intervenção alargada a nível individual, familiar e comunitário.

Foram objectivos deste relatório descrever os centros de saúde onde o estágio decorreu, descrever as actividades realizadas, descrever aptidões desenvolvidas, reflectir sobre a importância dos CSP e ainda realizar um estudo sobre os hábitos tabágicos de todos doentes observados.

O estágio decorreu no Centro de Saúde S. João e no Centro de Saúde de Caminha, servindo ambos uma população maioritariamente do sexo feminino. As actividades desenvolvidas durante a residência consistiram na participação em consultas médicas diversas, na participação em actividades de enfermagem, na visita a outras instituições de CSP, na frequência de congressos de formação médica e também na realização de diferentes trabalhos. Nestes últimos incluem-se uma reflexão sobre *Cuidadores Informais*, um algoritmo de decisão sobre *Tosse Crónica no Adulto Imunocompetente* e uma *História Clínica*. Foi também implementado um inquérito para averiguar os hábitos tabágicos dos doentes e caracterizar os fumadores.

Deste modo, o estágio constituiu uma oportunidade para desenvolver capacidades clínicas e humanas e para vivenciar a importância dos CSP, contribuindo assim para a minha formação como médica.

ABSTRACT

General Medicine is oriented to primary care (PC), a *Person-centred* approach that represents the exercise of medicine in its most integrating way, acting simultaneously in the individual, his family and community.

Describing the health centers where the internship took place, the activities made there, the clinical skills developed and reflecting about the importance of PC were the main goals of this report. It was also aimed to realize a study about the smoking habits of the patients there observed.

This internship took place in “S. João Health Center” and “Caminha’s Health Center” where the majority of the population belongs to the female sex. The activities realized during the internship included the participation in different medical consultations and nursing activities, the visit of other PC institutions and the presence in medical congresses. I also did some works including a reflection about *Informal Caregivers*, a decision algorithm about *Adult Chronic Cough* and a *Clinical History*. Finally I developed and implemented a questionnaire to reflect about the patients smoking habits and make the smokers’ characterization.

As a conclusion, I can say that this internship was an opportunity to develop clinical and human skills and also to experience the importance of the PC, contributing to my medical formation.

SIGLAS E ABREVIATURAS.....	4
TABELAS E FIGURAS	5
INTRODUÇÃO	6
1. Motivações.....	6
2. Objectivos.....	7
CARACTERIZAÇÃO DOS CENTROS DE SAÚDE.....	8
1. Modelos de Organização Funcional	8
2. Estrutura Física	8
3. Recursos Humanos e Informáticos	10
4. Serviços Disponibilizados	11
5. Comunidade Abrangida.....	11
ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS.....	13
1. Consulta Médica	13
2. Enfermagem.....	13
3. Actividades no Exterior	14
4. Formação	15
5. Trabalhos Realizados.....	15
6. Projecto de Investigação	15
CONCLUSÃO	16
BIBLIOGRAFIA.....	17
APÊNDICE I.....	19
APÊNDICE II	24
APÊNDICE III	28
APÊNDICE IV	32
APÊNDICE V	47
ANEXO I.....	62

SIGLAS E ABREVIATURAS

1. Siglas

CS	Centro de Saúde
CSC	Centro de Saúde de Caminha
CSP	Cuidados de Saúde Primários
CSSJ	Centro de Saúde S. João
MAPA	Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial
MF	Médico de Família
MGF	Medicina Geral e Familiar
SNS	Serviço Nacional de Saúde
UCCC	Unidade de Cuidados Continuados de Caminha
UCSPC	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Caminha
ULSAM	Unidade Local de Saúde do Alto Minho
USFVA	Unidade de Saúde Familiar Vale do Âncora

2. Abreviaturas

Eng°	Engenheiro
Etc	“e outros”

TABELAS E FIGURAS

1. Tabelas

Tabela 1.	Estrutura Física dos CS
-----------	-------------------------

Tabela 2.	Recursos Humanos e Informáticos dos CS
-----------	--

2. Figuras

Figura1.	Pirâmides Etárias do CSSJ e da UCSPC
----------	--------------------------------------

INTRODUÇÃO

O presente relatório foi realizado no âmbito da unidade curricular “Projecto de Opção” do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina e descreve o estágio realizado na disciplina de Medicina Comunitária, leccionada no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários (CSP).

1. Motivações

A Medicina Geral e Familiar (MGF) é uma especialidade médica orientada para os CSP, encontrando-se a sua essência no compromisso com a *Pessoa*. Assim, o médico de família (MF) actua caracteristicamente segundo “um modelo em que não é possível separar conceptualmente a doença do seu portador, nem a pessoa do ambiente que a rodeia”. Além disso, o MF constitui o primeiro ponto de ligação dos utentes ao Serviço Nacional de Saúde (SNS).¹ Com base nestes factos, dois pontos motivaram a realização deste relatório:

I. Em 1978, a Declaração de Alma-ATA assumia que “ a saúde, um estado de completo bem estar físico, mental e social (...) é um direito humano fundamental” e que os CSP são indispensáveis para o garantir por serem “parte integral do sistema de saúde dos países”.² A definição europeia de MGF particulariza, definindo os CSP como “ a prestação de cuidados abrangentes e continuados a todos os indivíduos (...) no contexto da sua família, comunidade e cultura (...) ” e especifica que a acção do MF inclui “a promoção da saúde, prevenção da doença e prestação de cuidados curativos, de acompanhamento ou paliativos”.³ Hoje, mais do que nunca, estes ideais estão presentes, vivendo-se actualmente uma fase de desenvolvimento e promoção dos CSP, cujo objectivo final é a obtenção de “melhores cuidados e melhor saúde”.⁴

II. A organização do plano curricular do curso de Medicina privilegia o contacto do estudante com os doentes internados em ambiente hospitalar. Contudo, “estes representam uma pequeníssima parte da morbilidade da população”.⁵ De facto, a *doença* na MGF possui características próprias; não só se relaciona com a comunidade a que o indivíduo pertence, como se apresenta, muitas vezes, de forma indiferenciada e com sintomas frequentemente diferentes daqueles típicos de uma fase mais avançada. Além disso, na maioria das vezes, os

motivos da consulta de MGF são não apenas queixas físicas, mas uma “mistura complexa de elementos físicos, psicológicos e sociais”.⁶

Deste modo, nesta fase de revitalização dos CSP, este estágio surgiu como uma possibilidade de vivenciar o exercício da medicina na sua forma mais integradora, através do contacto com os problemas de saúde mais comuns e da realização de actividades de prevenção e promoção da saúde numa perspectiva individual, familiar e comunitária.

2. Objectivos

Foram objectivos deste relatório:

- Descrever os Centros de Saúde (CS) onde foi realizado este estágio.
- Descrever resumidamente as actividades realizadas durante o estágio.
- Descrever aptidões clínicas desenvolvidas.
- Reflectir sobre a importância dos CSP.
- Desenvolver um projecto de investigação sobre hábitos tabágicos.

CARACTERIZAÇÃO DOS CENTROS DE SAÚDE

O estágio decorreu entre os dias 18 e 29 de Janeiro de 2010 no Centro de Saúde S. João (CSSJ), no Porto, e entre os dias 1 e 12 de Fevereiro de 2010 no Centro de Saúde de Caminha (CSC), localizado no distrito de Viana do Castelo.

1. Modelos de Organização Funcional

O estágio permitiu conhecer 2 modelos diferentes de organização dos CSP.

O CSSJ, conhecido como “*Tabo de Ensaio*”, surgiu em 1998, resultando de uma parceria entre a Administração Regional de Saúde do Norte e o Departamento de Clínica Geral da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, com os objectivos de promover o ensino pré e pós-graduado de MGF, estabelecer novas experiências de organização e gestão e garantir a prestação de CSP.^{7,8}

O CSC pertence à Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM). Esta é resultado da integração do Centro Hospitalar do Alto Minho com os CS da Sub-região de Saúde de Viana do Castelo, no âmbito da reforma dos CSP, e visa melhorar a articulação dos CSP com os Cuidados Secundários sob um Conselho de Administração comum.⁹ Nesta lógica, o CSC, existente desde 1999 e constituído pela Unidade de Saúde Familiar Vale do Âncora (USFVA), localizada em Vila Praia de Âncora, Unidade de Cuidados Continuados de Caminha (UCCC) e Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Caminha (UCSPC), funciona em articulação com as instituições de saúde pertencentes à ULSAM. A UCCC e a UCSPC funcionam no mesmo edifício, em Caminha, tendo este estágio decorrido na UCSPC.

2. Estrutura Física

O CSSJ localiza-se na Rua Miguel Bombarda, no Porto, e o CSC na Rua Engº Luís Agostinho Pereira Castro, em Caminha. As suas estruturas físicas encontram-se sumariadas na Tabela1.

CS	PISO	DESCRIÇÃO
<u>CSSJ</u>	<i>Cave</i>	Armazém Copa Lavandaria Vestiário Servidor informático
	<i>Rés do chão</i>	Serviço de atendimento 2 salas de enfermagem Sala de lavagem e esterilização Sala de espera WC para deficientes
	<i>Piso 1 e 2</i>	4 gabinetes médicos 1 gabinete polivalente Sala de espera WC para utentes WC para funcionários
	<i>Piso 3</i>	2 gabinetes médicos 1 gabinete polivalente Sala de espera Sala de reuniões/Biblioteca WC para funcionários
<u>CSC</u>	<i>Cave</i>	Armazém Sala de lavagem e esterilização Lavandaria Vestiário Arquivo morto
	<i>Rés do chão</i>	2 módulos de consultas com: 4 gabinetes médicos, 4 salas de enfermagem 1 sala de tratamentos, serviço de atendimento sala de espera WC para doentes 1 módulo de atendimento permanente com: 1 gabinete médico, 1 sala de observações 1 gabinete polivalente, copa, serviço de atendimento sala de espera WC para doentes Gabinete de Saúde da Mulher Bar
	<i>Piso 1</i>	Gabinete do director do CS Gabinete da enfermeira chefe Gabinete médico de Saúde Pública Sala de apoio à Saúde Pública Sala de Reuniões/Biblioteca Gabinete de contabilidade 2 salas de secretariado 1 sala de serviços administrativos Servidor informático WC para funcionários

Tabela 1. Estrutura Física dos CS

3. Recursos Humanos e Informáticos

A Tabela 2 sintetiza as informações relativas aos recursos humanos e informáticos de ambos os CS. Verifica-se que o CSSJ apresenta, de acordo com os seus objectivos, um maior número de médicos em formação. Possui ainda 2 Psicólogos e 1 Podologista. No CSC destaca-se, por sua vez, a existência de 1 especialista de Saúde Pública e de 1 Nutricionista. Ambos os CS se encontram informatizados. Utilizam o Sistema de Informatização nas Unidades de Saúde, dirigido aos serviços administrativos e, no CSSJ, também aos de enfermagem, o Alert P1, usado na referenciação dos doentes e o Diabcare Data, utilizado no registo de dados dos diabéticos em vigilância. A enfermagem do CSC utiliza o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem. Relativamente aos sistemas informáticos médicos, o CSC utiliza o Sistema de Apoio ao Médico enquanto no CSSJ, o uso deste limita-se essencialmente à prescrição de medicação, exames complementares de diagnóstico, guias de tratamento e transporte e certificados de incapacidade temporária, sendo os registos clínicos feitos utilizando-se o HIGIA.

	CSSJ	CSC
<i>Recursos Humanos</i>	10 Médicos de MGF 16 Enfermeiros (tempo parcial) 2 Psicólogos 1 Podologista 7 internos da especialidade de MGF 1 interno da especialidade de Pediatria 6 Administrativos 2 Auxiliares de Acção Médica	8 Médicos de MGF 1 Médico de Saúde Pública 1 Nutricionista 16 Enfermeiros 1 interno da especialidade de MGF 1 interno da especialidade de Saúde Pública 2 internos do Ano Comum 11 Administrativos 10 Auxiliares de Acção Médica 1 Assistente Social
<i>Recursos Informáticos</i>	SINUS SAM Alert P1 Diabcare Data HIGIA	SINUS SAM Alert P1 Diabcare Data SAPE

Tabela 2. Recursos Humanos e Informáticos dos CS

SINUS: Sistema de Informatização nas Unidades de Saúde; SAPE: Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem; SAM: Sistema de Apoio ao Médico

4. Serviços Disponibilizados

Pelas diferentes exigências do meio onde se localizam e pelos modelos organizacionais distintos, o CSSJ funciona nos dias úteis das 8h às 20h, enquanto o CSC abre os 7 dias da semana, entre as 8h e as 24h.

Ambos desenvolvem as actividades características dos CSP: de gestão e administrativas, consultas médicas programadas de MGF, consultas abertas, que permitem ao doente ser recebido por um médico em situações não programadas, visitas ao domicílio por médicos e enfermeiros, serviços de enfermagem, serviço social e serviços de saúde pública, embora estes últimos, no CSSJ, sejam realizados de modo integrado com o agrupamento de CS respectivo. O CSSJ disponibiliza igualmente consultas de psicologia e podologia e o CSC consultas de nutrição e hipocoagulação, além de dispor de um serviço de atendimento permanente diário até às 24h. Ambos promovem consultas específicas nas seguintes áreas: saúde materna e infantil, planeamento familiar, vigilância oncológica, hipertensão arterial, diabetes mellitus e cessação tabágica.

Na articulação com os Cuidados Secundários, o CSSJ referencia os seus doentes para o Centro Hospitalar do Porto e o CSC para o Hospital de Santa Luzia, unidade de saúde igualmente pertencente à ULSAM.

5. Comunidade Abrangida

O CSSJ tem 20 034 utentes inscritos, dos quais 44,08% são do sexo masculino e 55,82% do sexo feminino. Por sua vez, o CSC tem na sua totalidade 19 841 utentes. A UCSPC, onde decorreu o estágio, serve 11 800 destes utentes, pertencendo os restantes à USFVA. Destes doentes, 47,17% são do sexo masculino contra 52,83% do sexo feminino.

Analisando a pirâmide etária do CSSJ (Figura1), verifica-se que a maioria da população inscrita neste CS se localiza em 3 faixas etárias: entre os 30 e os 34 anos, entre os 35 e os 39 anos e com 75 ou mais anos. Da análise da pirâmide etária da UCSPC (Figura 1) verifica-se que a faixa etária maioritária é a dos 75 ou mais anos. O CSSJ apresenta, portanto, maior proporção de população em idade activa (entre os 15 e os 64 anos), provavelmente devido ao

maior envelhecimento populacional existente no distrito de Viana do Castelo, comparativamente ao do Porto.¹⁰ Apesar disso, em ambas as pirâmides se constata um estreitamento da base comparativamente com o topo, reflectindo a tendência demográfica nacional de um aumento do número de idosos (mais de 65 anos), que é característico de populações envelhecidas. Como já referido, ambas apresentam um predomínio de utentes do sexo feminino.

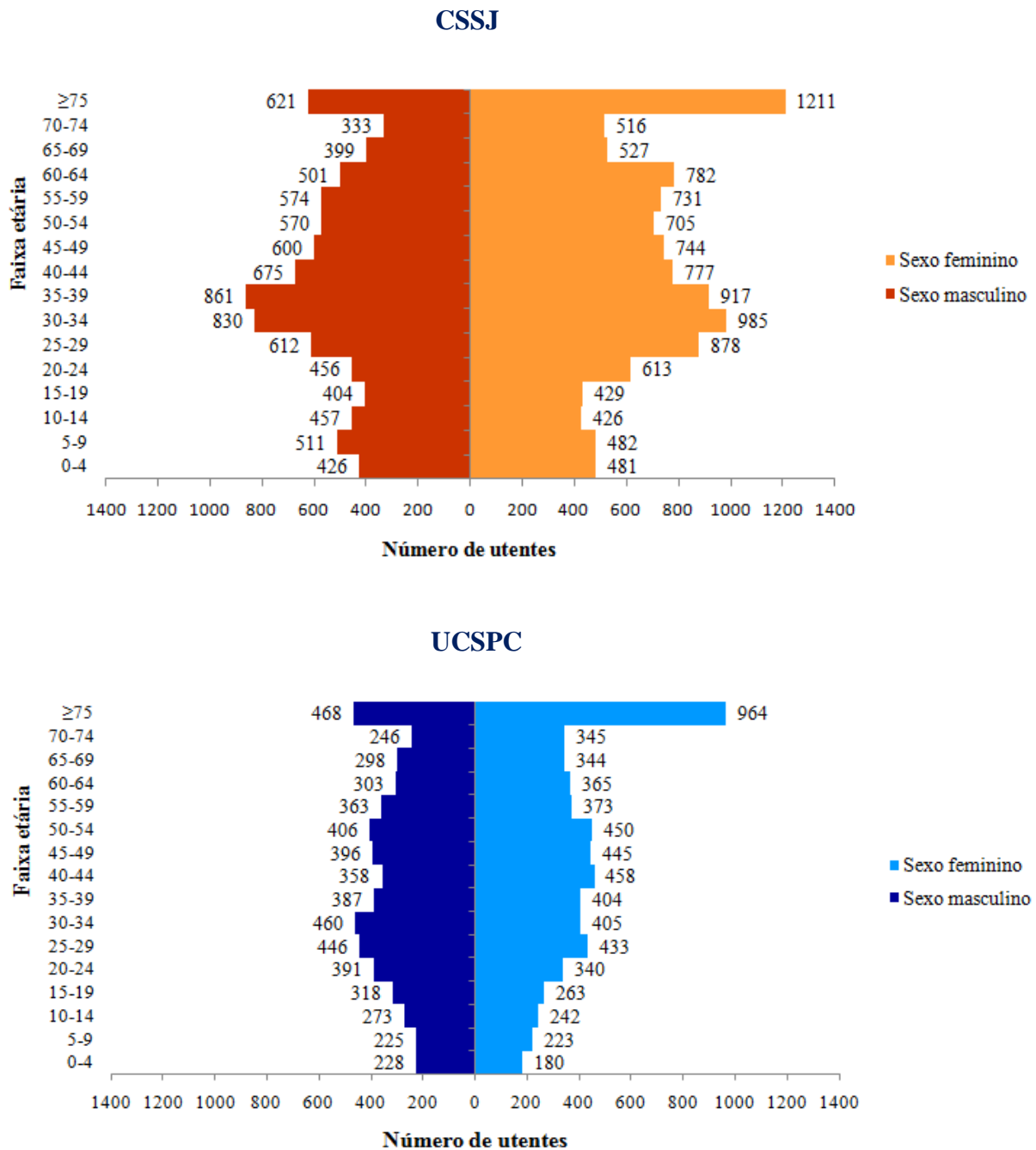


Figura 1. Pirâmides Etárias do CSSJ e da UCSPC

ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

O estágio não só permitiu conhecer as actividades essenciais dos CSP, como possibilitou vivenciá-las em 2 ambientes de trabalho distintos: o urbano, no CSSJ, e o rural, na UCSPC. Em ambos os CS a minha actividade foi orientada por um tutor.

1. Consulta Médica

Foi-me dada a oportunidade de adquirir uma postura activa e não meramente observacional durante as consultas médicas. Deste modo, participei de forma autónoma na recolha de histórias clínicas, realização do exame físico dos doentes, registos de dados nos diversos programas informáticos, prescrição de terapêutica, etc. Estas actividades decorreram nas diferentes consultas disponibilizadas nos CS e já enumeradas. De entre as diferentes consultas presenciadas realço a *consulta aberta* que, pela sua finalidade, permitiu lidar com os motivos pelos quais os doentes procuram assistência de forma não programada; a *consulta de saúde infantil e juvenil*, que me deu a oportunidade de contactar com este grupo de doentes, o que é geralmente mais difícil em meio hospitalar; a *consulta do Programa de Tuberculose* na UCSPC, reflexo das diferenças de apoio aos CSP em ambiente urbano e rural e que me possibilitou observar doentes com esta patologia; a *consulta no domicílio*, realizada no CSSJ, que, pelas particularidades que tem, permitiu vivenciar a prestação de cuidados num ambiente exterior ao consultório médico e, por fim, a *consulta a doentes da Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral*, também no CSSJ, um exemplo da intervenção dos CSP na comunidade. Finalmente, destaco a maior variedade de problemas de saúde vivenciada na UCSPC comparativamente ao CSSJ, e a pouca frequência de consultas de vigilância de gravidez nos 2 CS.

2. Enfermagem

Foi também possível conhecer e participar no trabalho da Enfermagem nos CSP. Este incluiu realização de tratamentos e pensos, aplicação de fármacos injectáveis, participação nas consultas de vigilância: saúde infantil, com a aplicação do Plano Nacional de Vacinação, saúde materna e planeamento familiar, hipertensão arterial e diabetes mellitus, e colocação de

sistemas de monitorização ambulatorial da pressão arterial, MAPA, no CSSJ. Esta experiência realçou a importância destes profissionais, essenciais na prestação de CSP, pela articulação que estabelecem entre o médico e o utente.

3. Actividades no Exterior

No CSSJ foi-me dada a possibilidade de visitar o Centro de Diagnóstico Pneumológico do Porto, unidade de CSP dirigida ao problema da Tuberculose. Este Centro tem por objectivo disponibilizar uma consulta de tuberculose que visa estabelecer o seu diagnóstico, assegurar o seu tratamento correcto e completo e promover a vigilância eficaz dos contactos. Desenvolve ainda acções de rastreio em grupos de risco. Durante a visita foi realçada a sua importância, uma vez que o Porto se mantém como um dos distritos do país com maior taxa de incidência desta doença.¹¹ Visando combater esta taxa, o Centro não se limita a assegurar consultas a doentes referenciados pelos CS: implementou o regime de consulta aberta, permitindo um acesso fácil, rápido e sem intermediários, de qualquer utente aos seus serviços. Na visita ficou patente a principal dificuldade que o Centro enfrenta: um número escasso de médicos para o elevado número de doentes que segue.

Em Caminha visitei o “Mosteiro de Santo António de Caminha”, onde funciona um infantário para crianças entre os 3 e os 5 anos e um lar de 3ª idade, sendo os cuidados médicos das 2 instituições da responsabilidade do CSC. No infantário conheci o seu funcionamento e, com as crianças de 5 anos, estabeleci um diálogo no âmbito da educação para a saúde sobre alimentação, hábitos de higiene e vacinação. Posteriormente visitei o lar, exclusivo para freiras idosas. Além das zonas de convívio e dormitórios, características dos lares, este possui uma enfermaria onde se encontram acamadas 11 freiras a receber cuidados médicos diariamente. O facto de as instituições funcionarem no mesmo edifício, uma voltada para os primeiros anos de vida e a outra dedicada aos últimos anos permitiu, mais uma vez, comprovar na prática a ampla intervenção dos CSP.

4. Formação

A residência da disciplina teve início com um Seminário leccionado pelo corpo docente da disciplina de Medicina Comunitária sobre os CSP, a abordagem dos doentes na MGF e os motivos de consulta mais frequentes. Foi também explicada a organização da disciplina e os seus objectivos.

As 4 semanas de estágio proporcionaram ainda a participação em 2 congressos de formação médica. O primeiro, “*XXI Jornadas de Actualização Cardiológica do Norte para MGF*”, decorrido entre os dias 20 e 22 de Janeiro, abordou a actuação da MGF nos factores de risco cardiovascular do ponto de vista diagnóstico e terapêutico. O segundo, “*I Jornadas de Factores de Risco e Orientações Clínicas em CSP*”, nos dias 1 e 2 de Fevereiro, incidiu sobre hipertensão arterial, diabetes mellitus e doenças mentais. Em ambos se estabeleceu uma plataforma de diálogo entre profissionais dos CSP e dos Cuidados Secundários, constituindo um exemplo da articulação que se pretende na prática clínica.

5. Trabalhos Realizados

Durante este estágio na disciplina de Medicina Comunitária foi proposta a realização de vários trabalhos. Estes incluíram o registo de um dia de consulta no CSSJ e no CSC (Apêndice I), a realização de uma reflexão durante a valência urbana, cujo tema foi “*Cuidadores Informais, uma reflexão a partir de um caso clínico*” (Apêndice II), a elaboração de um algoritmo de decisão sobre “*Tosse crónica no Adulto Imunocompetente*” (Apêndice III) e a colheita e elaboração de uma história clínica (Apêndice IV). Os 2 últimos foram realizados durante a valência rural.

6. Projecto de Investigação

No apêndice V encontra-se descrita a investigação implementada durante o estágio. Esta visou conhecer os hábitos tabágicos dos doentes, a fase da cessação tabágica em que os fumadores se encontravam e se estes apresentavam outros factores de risco cardiovascular além do consumo tabágico.

CONCLUSÃO

Segundo McWhiney IR: *“The clinical method of internal medicine does not include the examination of the emotions, the clinical method of psychiatry does not include the examination of the body. The essence of our clinical method in general practice is that the body, the emotions and the patient’s experience of illness are attended (...) General practice is at the same time a clinical and an existential medicine.”*¹²

De facto, estas semanas permitiram reconhecer que a acção dos MF não se resume à resolução de doenças, mas sim a uma intervenção alargada baseada numa relação de proximidade entre o médico e a Pessoa com todas as suas dimensões, e não unicamente médico-doente. Assim, além de ter desenvolvido capacidades clínicas essenciais para observar e examinar doentes, de ter podido trabalhar em equipa e ganhar autonomia, este estágio permitiu-me desenvolver competências humanas vitais para o exercício da medicina.

Foi igualmente possível verificar a importância dos CSP no SNS, o modo como se estabelece a sua articulação com os Cuidados Secundários, e ainda perceber a influência que a comunidade exerce na prestação dos CSP.

Concluindo, este estágio contribuiu a nível profissional e pessoal para a minha formação como médica.

BIBLIOGRAFIA

1. Ribeiro C. Família, Saúde e Doença. O que diz a investigação. Rev Port Clin Geral 2007; 23:299-306.
2. International Conference on Primary Health Care. Declaration of Alma-Ata. [Online]. 1978 Sep 6-12 [citado em 2010 Abr 15]; [3 páginas]. Disponível em: URL:http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf.
3. WONCA/OMS. A definição Europeia de Medicina Geral e Familiar. [Online]. 2002 [citado em 2010 Abr 15]; [41 páginas]. Disponível em: URL:<http://www.woncaeurope.org/Web%20documents/European%20Definition%20of%20family%20medicine/European%20Definition2in%20Portuguese.pdf>.
4. Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Linhas de Acção Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários. [Online]. 2006 Jan [citado em 2010 Abr 15]; [48 páginas]. Disponível em: URL:http://www.portaldasaude.gov.pt/NR/rdonlyres/3FADF4DA-34C3-4F3C-895C-F07AE7AC51A3/2822/linhas_ac%C3%A7%C3%A3o.pdf.
5. WONCA/OMS. The Role of the General Practitioner/Family Physician in Health Care Systems: A statement from WONCA. [Online]. 1991 [citado em 2010 Abr 15]; [7 páginas]. Disponível em: URL: http://www.globalfamilydoctor.com/publications/Role_GP.pdf.
6. McWhiney IR. Manual de Medicina Familiar. Lisboa: Inforsalus; 1994.
7. Hespanhol A, Malheiro A, Pinto AS. O Projecto “Tubo de Ensaio”. Breve História do Centro de Saúde S. João. Rev Port Clin Geral 2002; 18:171-86.
8. Hespanhol A, Pinto AS. Cinco Anos do Centro de Saúde S. João, “*Tubo de Ensaio*”. Arquivos de Medicina 2005; 19 (3): 103-11.
9. Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE. Plano Estratégico 2008-2010. [Online]. [citado em 2010 Abr 15]; [140 páginas]. Disponível em: URL: <http://www.cham.min-saude.pt/NR/rdonlyres/B0A0273E-D67B-4DC4-80B6-77975D40B9B3/16925/PlanoEstrategicoULSAtoMinho.pdf>.

10. Instituto Nacional de Estatística. Estatísticas Demográficas 2007. [Online]. 2008 [citado em 2010 Abr 15]; [194 páginas]. Disponível em URL: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=30752040&PUBLICACOESmodo=2.
11. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Sistema de Saúde Português - Riscos e Incertezas. [Online]. 2008 [citado em 2010 Abr 15]; [270 páginas]. Disponível em: URL: <http://www.contratualizacao.min-saude.pt/DownloadsContrat/Informação%20Técnica%20Online/Relatório%20de%20Primavera%202008.pdf>.
12. McWhiney IR. Being a general practitioner: what it means. PrimaryCare 2001; 1:309-16.

Registo de Consultas

1. CSSJ

<i>Data</i>	<i>Identificação</i>	<i>Motivo da Consulta</i>	<i>Problemas de Saúde</i>	<i>Referenciação</i>	<i>Retorno</i>
19.Jan.10	M.A.J. Sexo Feminino 70 anos	Bronquite aguda em tratamento; Metrorragias pós-menopausa	Hipertensão arterial com lesão de órgão alvo; Insuficiência cardíaca; Fibrilha flutter auricular; Dislipidemia; Asma; Depressão; Osteoartroses; Hérnia do hiato esofágico corrigida em 2007		
19.Jan.10	L.Z.C.S. Sexo Feminino 35 anos	Disfunção da articulação temporo-mandibular	Psoríase; Nevos melanocíticos vulvo-perineais; Hepatite A em 1978	Cirurgia Maxilo-Facial no Centro Hospitalar do Porto	
19.Jan.10	A.M.F.M. Sexo Feminino 61 anos	Múltiplos nevos melanocíticos e verrugas associados a prurido	Doença valvular mitro-aórtica não reumática; Dislipidemia; Insuficiência venosa dos membros inferiores; Neoplasia maligna do colo do útero com histerectomia total	Dermatologia para avaliação da necessidade de extracção dos nevos e verrugas	
19.Jan.10	F.M.G.C. Sexo Masculino 34 anos	Dor pré-esternal com irradiação para o membro superior, associada a crises de ansiedade recorrentes	Perturbação de ansiedade; Fractura da tibia e perónio em 2002; Sarampo em 2000	Psiquiatria no Centro Hospitalar do Porto para estudo e tratamento da perturbação de ansiedade Estomatologia no Centro Hospitalar do Porto	Carta de Medicina Dentária com descrição rigorosa e detalhada de uma consulta para extracção de vários dentes; devido ao grande estado de ansiedade do doente foi impossível realizar o procedimento médico. Por este motivo pediram colaboração do médico assistente para referenciação do doente para consulta hospitalar para intervenção com sedação.
20.Jan.10	M.P.G.F. Sexo Masculino 42 anos	Dor torácica associada a expectoração amarela	Hipertensão arterial; Dislipidemia; Consumo de tabaco		
20.Jan.10	M.M.C.I. Sexo Feminino 77 anos	Mantém queixas anteriores de trémulo da mão esquerda com perda de força e palpações	Hipertensão arterial; Dislipidemia; Obesidade; Osteoporose; Fractura do fémur esquerdo com cirurgia em 1984		Carta de Neurologia com exposição rigorosa da consulta; descrição completa do exame físico neurológico, exames complementares de diagnóstico e hipótese de diagnóstico. Explicado o plano de estudo e avaliação da doente a nível hospitalar com colaboração de Medicina Física. Prescrito ácido acetilsalicílico 150 mg/d

<i>Data</i>	<i>Identificação</i>	<i>Motivo da Consulta</i>	<i>Problemas de Saúde</i>	<i>Referenciação</i>	<i>Retorno</i>
20.Jan.10	M.F.P.D.S. Sexo Feminino 48 anos	CONSULTA ABERTA Dores no hálux bilateralmente; Diminuição da acuidade visual	Incontinência urinária; Fibromioma uterino; Dislipidemia; Síndrome do cólon irritável; Insônia	Oftalmologia no Centro Hospitalar do Porto para avaliação de Pterigium bilatera	
20.Jan.10	A.H.S.L.S. Sexo Masculino 70 anos	CONSULTA ABERTA Astenia acentuada desde há 2 dias associada a tonturas	Hipertensão arterial; Cardiopatia isquémica com depressão da função do ventriculo esquerdo; Hipercolesterolemia; Coxartrose bilateral; Osteoartroses da coluna vertebral; Hérnia inguinal bilateral corrigida em 2005	Serviço de Urgência de Cardiologia do Centro Hospitalar do Porto por bradicardia acentuada e suspeita de enfarte do miocárdio antero-lateral no ECG	
20.Jan.10	M.C.S.O.P. Sexo Feminino 62 anos	Avaliação de resultados de análises: sem alterações	Hipertensão arterial com lesão de órgão alvo; Diabetes mellitus tipo 2; Dislipidemia; Obesidade; Doença diverticular do cólon; Osteoartroses		
20.Jan.10	C.R.P. Sexo Feminino 88 anos	CONSULTA NO DOMICÍLIO Queixas de astenia	Insuficiência cardíaca; Síndrome depressivo; Doença diverticular do cólon; Doença hemorroidária; Enfisema pulmonar; Hérnia do hiato esofágico; Osteoartroses		
21.Jan.10	A.A.L. Sexo Feminino 73 anos	Ciatalgia direita	Hipertensão arterial; Insuficiência venosa dos membros inferiores; Osteoartroses na coluna vertebral; Síndrome depressivo; Glaucoma		Carta de Neurologia dando alta à doente daquela consulta para a qual foi enviada por suspeita de neurosífilis. Escassa descrição da avaliação realizada à doente nomeadamente exame físico e resultados de exames complementares de diagnóstico. Ausência de indicações ou sugestões.

2. CSC

<i>Data</i>	<i>Identificação</i>	<i>Motivo da Consulta</i>	<i>Problemas de Saúde</i>	<i>Referenciação</i>	<i>Retorno</i>
2.Fev.10	J.S.O. Sexo Masculino 57 anos	Precisa de Certificado de Incapacidade Temporária por AVC Isquémico à direita dia 23 de Janeiro de 2010	Hipertensão arterial com lesão de órgão alvo; Diabetes mellitus tipo2; Hipertrofia benigna da próstata; Obesidade; Síndrome da apneia obstrutiva do sono		Carta da Unidade de AVC do Hosp. Sta Luzia com descrição das características do AVC (LACI), exames complementares de diagnóstico e terapêutica efectuada no internamento. Indicação sobre nova terapêutica a implementar e consultas de seguimento do doente naquela instituição
2. Fev.10	S.S.P.G. Sexo Feminino 19 anos	CONSULTA DE PLANEAMENTO FAMILIAR Realização de Citologia cervico-vaginal	Candidíase Vaginal		
2.Fev.10	J.R.R. Sexo Masculino 61 anos	Mantém queixas de visão turva à esquerda; Avaliação de EDA realizada por queixas de pirose: lesões gástricas de aspecto agudo sugestivas de Gastropatia por AINES	Hipertensão arterial com lesão de órgão alvo; AVC isquémico em 2009; EAM em 1994 com angioplastia coronária; Diabetes mellitus tipo 2; Hipertrofia benigna da próstata; Síndrome da apneia obstrutiva do sono; Síndrome depressivo		
2.Fev.10	M.A.G. Sexo Feminino 82 anos	Mantém queixas de dor crónica pós-herpética	Nevralgia pós-herpética por Zona há 1 ano; Parkinsonismo; Pacemaker cardíaco por bradicardia; Síndrome depressivo		
2.Fev.10	B.C.C. Sexo Masculino 69 anos	Mantém queixas de parestesias das mãos com dor do punho até aos cotovelos; Avaliação de RX cervical, dorsal e lombar realizado por queixas de braquialgias e lombalgias; Espondiloartroses cervicais, dorsais e lombares com rectilinizacão da coluna vertebral; Avaliação de Ecografia vesical e prostática realizada por alterações do jacto urinário: Bexiga de esforço; próstata com 115 cm ³ de volume; Avaliação de análises sanguíneas: sem alterações.	Síndrome do túnel cárpico bilateral; Espondiloartroses cervicais, dorsais e lombares; Hipertrofia benigna da próstata; Gonartroses bilaterais; Glaucoma; Colectomia; Hérnia do hiato esofágico corrigida	Ortopedia no Hosp. Sta Luzia para avaliação de Síndrome do túnel cárpico bilateralmente; Urologia no Hosp. Sta Luzia pelo risco de retenção urinária aguda. A ecografia refere volume prostático de 115cm ³ à custa da porção central; há um ano tinha próstata com volume de 60cm ³ Analiticamente PSA -2,42 ng/mL.	

<i>Data</i>	<i>Identificação</i>	<i>Motivo da Consulta</i>	<i>Problemas de Saúde</i>	<i>Referenciação</i>	<i>Retorno</i>
9.Fev.10	M.C.P. Sexo Feminino 67 anos	Queda de cabelo; Verruga na região dorsal infraescapular direita pruriginosa; Renovação de medicação habitual	Hipertensão arterial sem complicações; Dislipidemia; Verrugas múltiplas no dorso	Cirurgia Plástica no Hosp. Sta Luzia para extração de verruga pruriginosa	
9.Fev.10	J.L.G.Q. Sexo Masculino 35 anos	Avaliação de Rx Tórax: sem alterações; Avaliação de Ecografia abdominal: sem alterações; Avaliação de Ecodoppler dos vasos do pescoço: sem alterações	Trombose da VCI estando hipocoagulado; Epilepsia		
9.Fev.10	M.R.A. Sexo Feminino 21 anos	CONSULTA DO PROGRAMA DE TUBERCULOSE Avaliação de Rx tórax: identificam-se zonas de consolidação pulmonar nos LSE e LMD; Realização de Prova de Mantoux	Tuberculose Pulmonar; Síndrome depressivo		
9.Fev.10	E.C.S. Sexo Masculino 69 anos	CONSULTA DO PROGRAMA DE TUBERCULOSE Referenciado a esta consulta por dorsalgias devido a Tuberculose óssea	Espondilodiscite Tuberculosa		Nota de Alta do internamento no Serviço de Reumatologia no Hosp. Garcia Orta para estudo de dorsalgias. Descrição detalhada da avaliação realizada, terapêutica efectuada e indicação para iniciar tratamento de
9.Fev.10	J.M.C.C. Sexo Masculino 30 anos	Avaliação de ECG: sem alterações; Avaliação de análises: HbA1C-7,3%, microalbuminúria- 22,8 mg/L	Diabetes mellitus tipo 2 desde 2002		
9.Fev.10	S.J.V.P. Sexo Masculino 60 anos	Precisa de Atestado Médico para Condutor de Veículos; Queixas de lombalgias	Lombalgias; Consumo de tabaco; Síndrome de Guillain-Barré em 1997		
9.Fev.10	M.J.M. Sexo Feminino 80 anos	Avaliação de análises: HbA1C- 9,9%, microalbuminúria- 174 mg/dL	Diabetes mellitus tipo 2 desde 1998; Hipertensão arterial sem complicações; Osteoartroses; Obesidade		
9.Fev.10	M.I.P.B. Sexo Feminino 51 anos	Avaliação de Densitometria óssea: indícios de Osteopenia	Lombalgias; Alcoolismo		
9.Fev.10	A.J.S. Sexo Feminino 70 anos	Avaliação de análises: sem alterações	Hipertensão arterial sem complicações; Dislipidemia		

<i>Data</i>	<i>Identificação</i>	<i>Motivo da Consulta</i>	<i>Problemas de Saúde</i>	<i>Referenciação</i>	<i>Retorno</i>
9.Fev.10	Sexo Masculino 60 anos	Precisa de Atestado Médico para Conductor de Veiculos			
9.Fev.10	A.I.S. Sexo Masculino 73 anos	CONSULTA ABERTA Precisa de medicação habitual	Hipertensão arterial sem complicações; Gonartrose esquerda; Dislipidemia		
9.Fev.10	E.C. Sexo Feminino 31 anos	CONSULTA ABERTA Renovação de Certificado de Incapacidade Temporária por astenia resultante de má capacidade ventilatória	Bronquiectasias; Tuberculose pulmonar em 2002; Lúpus eritematoso sistémico diagnosticado em 2000 e complicado por Vasculite do membro inferior direito com amputação dos 4 primeiros dedos do pé		Carta de Pneumologia com descrição do estudo da doente: identificadas Bronquiectasias com zonas de estenose. Aconselhado manter-se vigilância da doente por possibilidade de reactivação de Tuberculose Pulmonar; Aconselhada referenciação da doente para Cirurgia.

Cuidadores Informais, uma reflexão a partir de um caso clínico

Numa das consultas a que assisti, uma doente de 52 anos, casada, descreveu-nos o problema familiar por que está a passar. Está responsável pela sogra que tem doença de Alzheimer, e se encontra a viver em sua casa desde há 15 dias. A doente encontra-se num estado depressivo, chorando durante a consulta, e não sabe como ultrapassar o problema uma vez que não tem ajudas, estando a ponderar abandonar o seu emprego no qual está há mais de 20 anos. Perante este caso, decidi reflectir sobre os prestadores de cuidados informais e seus problemas, uma vez que, nos dias de hoje, o seu número está a aumentar e a emergir como um importante problema de saúde na comunidade.

1. A sociedade em que vivemos

Importantes mudanças ocorreram no decorrer do século passado, na estrutura etária e nos padrões de doença das populações nos países desenvolvidos. Por influências de carácter económico, social, científico e tecnológico, passou-se de um modelo demográfico com altas taxas de natalidade e mortalidade para um modelo com inversão destes dois fenómenos. Assim, a cada geração que se sucede, aumenta a proporção de idosos na sociedade, conduzindo à alteração da estrutura da pirâmide etária. Paralelamente, as doenças próprias do envelhecimento, crónicas e múltiplas, ganham maior expressão devido às conquistas da medicina moderna. Deste modo, a longevidade e cronicidade da população actual trazem consigo perdas sucessivas de independência e contribuem para um aumento do número de idosos com limitações funcionais e a necessitarem de cuidados.

Actualmente, por diferentes motivos, como custos hospitalares e institucionais e insuficiente oferta de apoio domiciliário e alojamento colectivo, a família continua a ser a instituição de apoio mais importante na doença crónica, continuando as mulheres a desempenhar, na maioria das vezes, o papel de Cuidador Informal (CI).

2. A doença e a família

A família funciona como um todo e desempenha um papel fundamental na manutenção e promoção da saúde e bem-estar dos seus membros. Esta interdependência existente entre os seus membros justifica que, a doença de um destes altere toda a dinâmica familiar, constituindo uma situação de mudança do sistema e estruturas familiares. Assim, é fácil perceber que o cuidar de um familiar dependente constitui um dos eventos mais perturbadores do ciclo de vida familiar.

3. Cuidadores Informais

Os cuidados informais constituem a forma de cuidar dominante em todo o mundo. Define-se CI aquele que presta cuidados a familiares, amigos ou vizinhos próximos dependentes, e que não recebe nenhuma remuneração pelo seu trabalho. É frequente que seja a mulher a assumir a responsabilidade de CI, acrescentando esta função à realização das tarefas domésticas e educação dos filhos, para além das suas responsabilidades no mundo laboral. Cuidar de alguém representa então um grande desafio que obriga à reorganização da esfera familiar e profissional do cuidador, conduzindo a alterações significativas na vida do CI.

4. A sobrecarga dos CI

São óbvios os benefícios da existência de um CI para o doente mas, cada vez mais surge a preocupação com o desgaste que o CI sofre, sendo este apontado como a segunda vítima da doença. O termo sobrecarga refere-se à perturbação causadora de stress resultante da dependência física e incapacidade mental do doente, o que implica uma disponibilidade de tempo quase permanente por parte do CI. Esta situação altera o equilíbrio do normal funcionamento pessoal, familiar e social do CI, pelas consequências que acarreta: conflitos familiares, por dedicar o seu tempo ao doente, limitações na vida profissional, desde diminuição das horas de trabalho até ao seu abandono com consequente diminuição do rendimento económico familiar, desgaste físico e alterações psico-sociais. Estas são das mais sentidas pelo CI, resultam da pressão emocional gerada pela situação de sobrecarga e das respostas emocionais à tarefa de cuidar. Depressão e ansiedade são problemas comuns, bem

como sentimentos de tristeza, culpa, desespero, frustração, inquietação e diminuição da auto-estima, resultantes da progressiva dependência do idoso, ausência de apoio social, perda de liberdade e tempo livre com conseqüente isolamento social.

5. Lidar com o problema

O estado de tensão que os CI vivem, levam-nos a mobilizar as suas estratégias de *coping* no sentido de se adaptarem com controlo das suas emoções. Se esta resposta for insuficiente e a situação de stress se sobrepôr, podem evoluir de forma inapropriada.

Como é sabido, o MF é geralmente o primeiro a lidar com os problemas que surgem no seio de uma família, sendo a ele que a família recorre na procura de auxílio e conselhos. No caso do CI, o MF depara-se com uma mistura de problemas físicos, psicológicos e sociais: a tensão causada pelo facto de se cuidar de uma pessoa doente poderá não ser notada pelos familiares e o CI poderá ocultar as suas queixas ou desespero até fases tardias. Assim, ao MF é exigida particular atenção à possibilidade de estar perante um “paciente oculto”. Deve apoiar e proteger os CI, através da identificação e promoção de factores que possam mediar e reduzir o impacto sofrido pelos cuidadores e também através da prevenção de situações extremas. Os apoios sociais e familiares alternativos são também mediadores fundamentais na adaptação a esta situação geradora de stress.

6. Conclusão

A doença crónica e terminal é um factor particularmente esgotante para as famílias. Sabe-se hoje que os membros de famílias com doentes crónicos têm taxas mais altas de doença que os membros de famílias sem doença crónica. Infelizmente, o apoio dado aos CI é ainda muito insuficiente. Ao MF exige-se um estado de alerta e de intervenção precoce; outras ajudas passam por promover apoios sociais eficazes, acções de formação sobre incapacidade, uma vez que cada vez mais há indicação para que os idosos incapacitados permaneçam em suas casas, e garantir, em alternativa, cuidados institucionais de boa qualidade.

7. Bibliografia

1. Departamento de Clínica Geral da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. O clínico geral do futuro. Aprendizagem e ensino. 2ª Edição; 1993.
2. Departamento de Clínica Geral da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Problemas de Família. 1994.
3. McWhiney IR. Manual de Medicina Familiar. Lisboa: Inforsalus; 1994.
4. Martins T, Ribeiro JP, Garrett C. Estudo da validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. *Psicologia, Saúde e Doenças* 2003; 4(1): 131-48.
5. Instituto de Biomédicas Abel Salazar. Cuidadores Informais de Doentes de Alzheimer: Sobrecarga Física, Emocional, Social e Psicopatológica. [Online]. [citado em 2010 Abr 15]; [204 páginas]. Disponível em: URL:<http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/7152/2/Cuidadores%20Informais%20de%20Doentes%20de%20Alzheimer%20Sobrecarga%20Fis.pdf>.
6. Pereira M, Filgueiras M. Dependência no processo de envelhecimento: uma revisão sobre cuidadores informais de idosos. *Rev APS* 2009; 12 (1): 72-82.

Algoritmo de Decisão

**TOSSE CRÓNICA NO ADULTO
IMUNOCOMPETENTE
(> 8 semanas de duração)**

Anamnese

- Duração da tosse
- Outras queixas associadas: rouquidão, congestão nasal, secreção nasal, febre, sibilos, expectoração e suas características, pirose, sensação de regurgitação...
- Padrão contínuo ou sazonal
- Doenças Associadas ou Factores de Risco: Insuficiência cardíaca, consumo de tabaco, exposição ambiental a substâncias irritativas...
- Medicação: Inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina (IECA)

Exame Físico

- Febre, sibilos, roncos, crepitações

Doente exposto a:

- IECA
- Tabaco
- Agentes irritativos

NÃO

SIM

**RX Pósterio-Anterior
do TÓRAX***

**De acordo com The American
College of Chest Physicians*

Suspender a exposição

Tosse Persiste

Tosse Parou

Rx Tórax Normal



Avaliar as causas mais comuns isoladamente ou em combinação, pela seguinte ordem:

1. Síndrome da Rinorreia Posterior

- Sensação de corrimento nasal na orofarínge, congestão nasal, tosse, rouquidão
- Causas mais prováveis: rinite pós-infecciosa, rinite alérgica e não alérgica → tratar empiricamente com anti-histamínicos/descongestionantes nasais
- Persistência das queixas → TAC seios perinasais para avaliação de sinusite

2. Variante de Asma com tosse

- Tosse geralmente é o único sintoma
- Espirometria normal, Prova da Metacolina com hiperreactividade brônquica
- Tratar do mesmo modo que Asma clássica

3. Doença do Refluxo Gastro-Esofágico

- Tosse é o único sintoma na maioria das situações; Outros: rouquidão, disfagia, pirose, mau hálito
- Tratar empiricamente com inibidor da bomba de prótons
- Persistência das queixas → pHmetria 24h



Tosse Persiste



Tosse Parou



Rx Tórax Alterado



Requisitar ECD* de acordo com a probabilidade clínica

- Citologia da expectoração
- TAC tórax
- Broncoscopia
- Provas de função respiratória
- Rx contrastado do esófago
- Exames cardíacos

*Exames Complementares de Diagnóstico



Tratar de acordo com os resultados ou Referenciar[†]

[†] Ver quadro "Indicações para Referenciar"



Tosse Persiste



Tosse Parou



Avaliar situações menos frequentes

(exame da expectoração, TAC alta resolução, broncoscopia...)

1. Bronquite Eosinofílica

- Tosse seca com mais de 3% eosinófilos e células metacromáticas na expectoração provocada; sem hiperreactividade brônquica
- Tratar com corticosteroides

2. Tosse pós-infecciosa

- Diagnóstico clínico e de exclusão
- Tosse após infecção respiratória com Rx tórax normal
- Auto-limitada; pode tratar-se com corticosteroides



Tosse Persiste

Tosse Parou



1. Rever adequação das terapias instituídas

2. Considerar Tosse Psicogénica

- Diagnóstico após exclusão de todas as outras causas e de se reavaliar a eficácia do tratamento instituído (rara em adultos)

3. Referenciar[†]

[†] Ver quadro “Indicações para Referenciar”

† Indicações para Referenciar

- Hemoptise
- Perda de peso
- Suores Nocturnos
- Imunosupressão
- Falência do tratamento inicial ou dificuldade em controlar os sintomas

Bibliografia

1. Holmes RL, Fadden MD. Evaluation of the Patient with Chronic Cough. *American Family Physician* 2004; 69:2159-66, 2169.
2. Spiro CE. Evaluating Chronic cough: A systematic approach. *Clinician Reviews* 2003 Oct; 13(10): 51-58.
3. Rosmaninho I, Oliveira JF. Tosse Crónica. *Revista Portuguesa de Imunoalergologia* 2003; XI: 85-94.
4. Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, editores. *Harrison Manual de Medicina*. 16ª ed. Madrid: McGraw-Hill; 2006. p. 187-189.

IDENTIFICAÇÃO

Nome: A.V.

Sexo: Feminino

Idade: 64 anos

Raça: Caucasiana

Naturalidade: Venade, Caminha

Residência: Venade, Caminha

Estado Civil: Casada

Profissão: Doméstica

Escolaridade: 4º ano

Local e data de recolha de informação: 4 de Fevereiro de 2010, Centro de Saúde de Caminha

Fonte e fiabilidade da informação: a doente, consciente, colaborante, orientada no tempo e no espaço; fiável

ANTECEDENTES PESSOAIS

1. Doenças da Infância

- Refere ter tido Varicela. Nega outras doenças infecciosas como Sarampo ou Rubéola.
- Refere doenças típicas da infância como otites médias, amigdalites, infecções respiratórias superiores.
- Nega cirurgias, hospitalizações ou acidentes durante esta fase.

2. Doenças da Idade Adulta

- Doença do Refluxo Gastro-Esofágico (DRGE) desde há 20 anos. Refere queixas de pirose e azia. Actualmente medicada com o inibidor da bomba de prótons Lansoprazol.
- Osteoporose diagnosticada há 3 anos. Medicada com Risedronato de sódio.
- Nega Hipertensão arterial, Diabetes Mellitus, Dislipidemia, doenças cardíacas ou doenças respiratórias.

3. Antecedentes Cirúrgicos/Hospitalizações prévias

- Hospitalizações aquando dos 4 partos.
- Excisão de quisto no joelho direito há 4 anos.
- Sem outros antecedentes cirúrgicos.

4. Acidentes

- Sem história de acidentes ou traumatismos.

5. Alergias

- Nega alergias alimentares ou medicamentosas.

6. História Ginecológica e Obstétrica

- Menarca aos 13 anos.
- Ciclos menstruais regulares com cataménios de 5 dias.
- Coitarca aos 24 anos.
- 1 parceiro sexual.
- Fez anticoncepcional oral, não sabe especificar durante quantos anos.
- Menopausa natural aos 55 anos; Nega ter feito terapia hormonal de substituição.
- Refere fazer mamografias regularmente; Recusa fazer citologia cervico-vaginal.

- V Gesta, IV Para, I Aborto espontâneo.
- Sem intercorrências nas 4 gestações de termo; 4 partos eutócicos não instrumentados.

HÁBITOS E ESTILOS DE VIDA

1. Alimentação

- Faz 3 refeições por dia, pequeno-almoço, almoço e jantar. Consome em igual proporção carne e peixe, incluindo nas refeições legumes e fruta. Refere consumo moderado de sal.

2. Tabaco

- Não fuma, nem nunca fumou.

3. Álcool

- Nega qualquer consumo de bebidas alcoólicas.

4. Drogas

- Nega qualquer consumo de drogas.

5. Actividades

- Como doméstica encarrega-se das actividades da casa. Refere ainda trabalhar no campo que tem, no cultivo de legumes, na plantação de milho e ainda a tratar de animais. Alguns dias da semana dá apoio ao marido que é comerciante.

6. Plano Nacional de Vacinação

- Actualizado, incluindo a vacina do tétano.
- Nega fazer a vacina da gripe sazonal.

7. Medicação Habitual

- Lansoprazol 30 mg, vo, 1x dia
- Risedronato de sódio 35 mg, vo, 1x semana

HISTÓRIA MÉDICA FAMILIAR

- Mãe faleceu com 85 anos com uma demência que a doente não sabe especificar.
- Pai faleceu com 70 anos por Enfarte Agudo do Miocárdio.
- 2 irmãos mais velhos que já faleceram. A irmã mais velha faleceu com 57 anos com Tétano. O irmão faleceu aos 23 anos de idade por Insuficiência Cardíaca de causa Reumática (sic).
- 4 filhos: um filho com 37 anos saudável, um filho com 35 anos com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), 1 filha com 34 anos e outra filha com 30 anos, ambas saudáveis.
- 7 netos, 2 raparigas e 5 rapazes, todos saudáveis.
- Marido tem 65 anos e tem Hipertensão Arterial (HTA), Diabetes Mellitus tipo 2 (DM 2), Dislipidemia e Hipertrofia Benigna da Próstata (HBP). Segundo a doente está medicado e controlado.

HISTÓRIA FAMILIAR E SOCIAL

1. BIOPATOLOGIA

Durante a colheita da história a doente foi sempre bastante colaborante. Manteve um diálogo fluente, coerente e orientado. Por vezes teve dificuldade em recordar algumas datas.

A.V. nasceu em Venade, freguesia de Caminha, em 1946. À data do nascimento os seus pais tinham ambos 40 anos de idade. O pai era trabalhador da construção civil e a mãe era doméstica e fazia a exploração de um terreno que possuíam. Foi a mais nova de 3 irmãos; Tinha uma irmã, a mais velha, nascida em 1937 e um irmão nascido em 1941. Passou a sua infância sempre em Venade. Vivia com os seus pais e irmãos numa habitação própria, mas recorda que à noite ia dormir a casa do avô materno para fazer-lhe companhia, a ele e a uma tia que também lá vivia, irmã da sua mãe, e com quem se dava muito bem. Refere ter sido educada com as condições essenciais dentro das limitações económicas e sociais da época.

Estudou apenas até à 4ª classe e, aos 10 anos de idade, começou a trabalhar no campo a ajudar a sua mãe. Considera que teve uma infância boa e que tinha uma boa relação com os pais e com os irmãos. Em 1964 o irmão morre por Insuficiência Cardíaca de causa reumática (sic).

Em 1970, aos 24 anos, casa-se. O marido é natural de Arga de S. João, Caminha, e à data trabalhava em Lisboa, numa taberna que lá tinha criado. Por esse motivo, após o casamento, A.V. foi viver para Lisboa onde esteve 8 anos. Durante esse tempo viveu numa casa pequena, por cima da taberna na qual trabalhava com o marido. Dois meses após o casamento teve um aborto espontâneo, que a doente evoca com alguma naturalidade, dizendo não saber que estava grávida. Durante os anos em Lisboa teve 3 filhos que, por vontade sua, nasceram todos em Caminha. O primeiro, do sexo masculino, em 1972, o segundo, também do sexo masculino, em 1974 e o terceiro, do sexo feminino em 1975. A doente refere que o filho mais velho tinha amigdalites de repetição e que o médico que o acompanhava achou que o ambiente da casa onde viviam (pequena e pouco arejada) não era aconselhado. Por este motivo o filho veio viver para Venade com a avó materna aos 4 anos de idade (em 1976). Os restantes filhos diz terem sido saudáveis. Em 1977, a doente refere que houve um incêndio na sua casa, durante o dia, quando apenas lá estavam os filhos sozinhos e que estes sofreram intoxicação pelo fumo. Na sequência desta intoxicação, o segundo filho teve uma bronquite aguda, que segundo a doente é a causa da DPOC de que o filho sofre actualmente. Por este motivo decidem regressar a Venade, o que acontece em 1978.

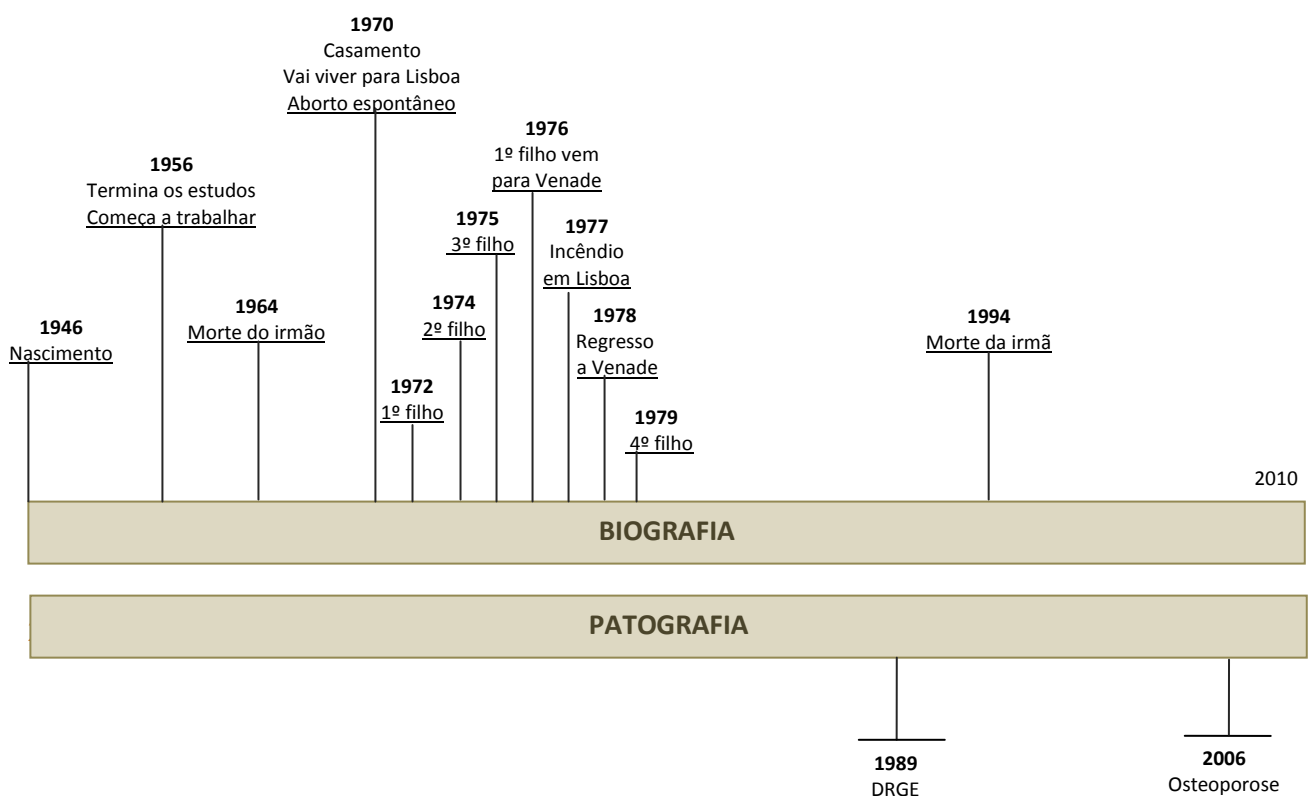
Em Venade vão viver para uma casa própria, na qual ainda está hoje, com todas as condições: luz, água canalizada, aquecimento e saneamento básico. Em 1979 nasce o último filho, do sexo feminino. Em Venade, a doente dedica-se ao trabalho doméstico e à exploração de terrenos que lhes pertencem, com cultivo de legumes e milho. Trata ainda de animais como galinhas e coelhos. Alguns dias da semana ajuda o marido que se estabeleceu como comerciante abrindo um talho no centro de Caminha. Em 1994 a irmã morre por Tétano.

Refere ter sido sempre saudável durante a sua vida, não evocando nenhum episódio de doença aguda ou acidente. Tem Doença do Refluxo Gastro-Esofágico diagnosticada desde 1989 e Osteoporose desde 2006.

Caracterização da Família

Actualmente o agregado familiar é constituído pela doente e pelo seu marido que estão casados há 39 anos; segundo a doente um casamento feliz com a união suficiente para ultrapassar as dificuldades da vida. Vivem então em casa própria e com boas condições (luz, água canalizada, electricidade e saneamento básico). Os rendimentos são provenientes do trabalho do marido.

Os quatro filhos já casaram e saíram de casa. O mais velho está neste momento desempregado, o segundo filho trabalha na construção civil, a terceira filha trabalha no campo e a mais nova é engenheira agrária. Como já referido são todos saudáveis à excepção do segundo filho que sofre de DPOC. Tem 7 netos todos saudáveis.



2. ÍNDICE DE GRAFFAR ADAPTADO

É uma classificação social; baseia-se em 5 critérios: profissão, nível de instrução, fontes de rendimento familiar, conforto do alojamento e aspecto do local onde vive. A pontuação total obtida identifica a posição social e económica da família.

Pontos	Profissão	Instrução	Fonte de Rendimento Principal	Tipo de Habitação	Local de Residência	Pontuação	Estrato Social
1	Grandes industriais e comerciantes Gestores de topo de grandes empresas e administração pública Profissionais liberais	Doutoramento Mestrado Licenciatura	Propriedade	Luxuosa	Bairro elegante	5 a 9	Classe Alta
2	Médios industriais, comerciantes e agricultores Dirigentes e quadros técnicos das empresas e administração	Bacharelato Curso Superior	Altos Vencimentos Honorários	Espaçosa e confortável	Bom local	10 a 13	Classe Média Alta
3	Pequenos industriais e comerciantes Encarregados e operários qualificados	Curso complementar/ geral do liceu	Vencimentos certos	Bem conservada, com cozinha e WC Electrodomésticos essenciais	Zona antiga	14 a 17	Classe Média
4	Pequenos agricultores Operários semi-qualificados Escriturários	Escolaridade obrigatória	Remunerações incertas	Com cozinha e WC degradada; Sem electrodomésticos essenciais	Bairro social	18 a 21	Classe média baixa
5	Trabalhador indiferenciado	Sem escolaridade obrigatória	Assistência	Imprópria	Bairro de lata	22 a 25	Classe baixa

Profissão: 4

Instrução: 5

Fonte de rendimento principal: 3

Tipo de habitação: 3

Local de residência: 3

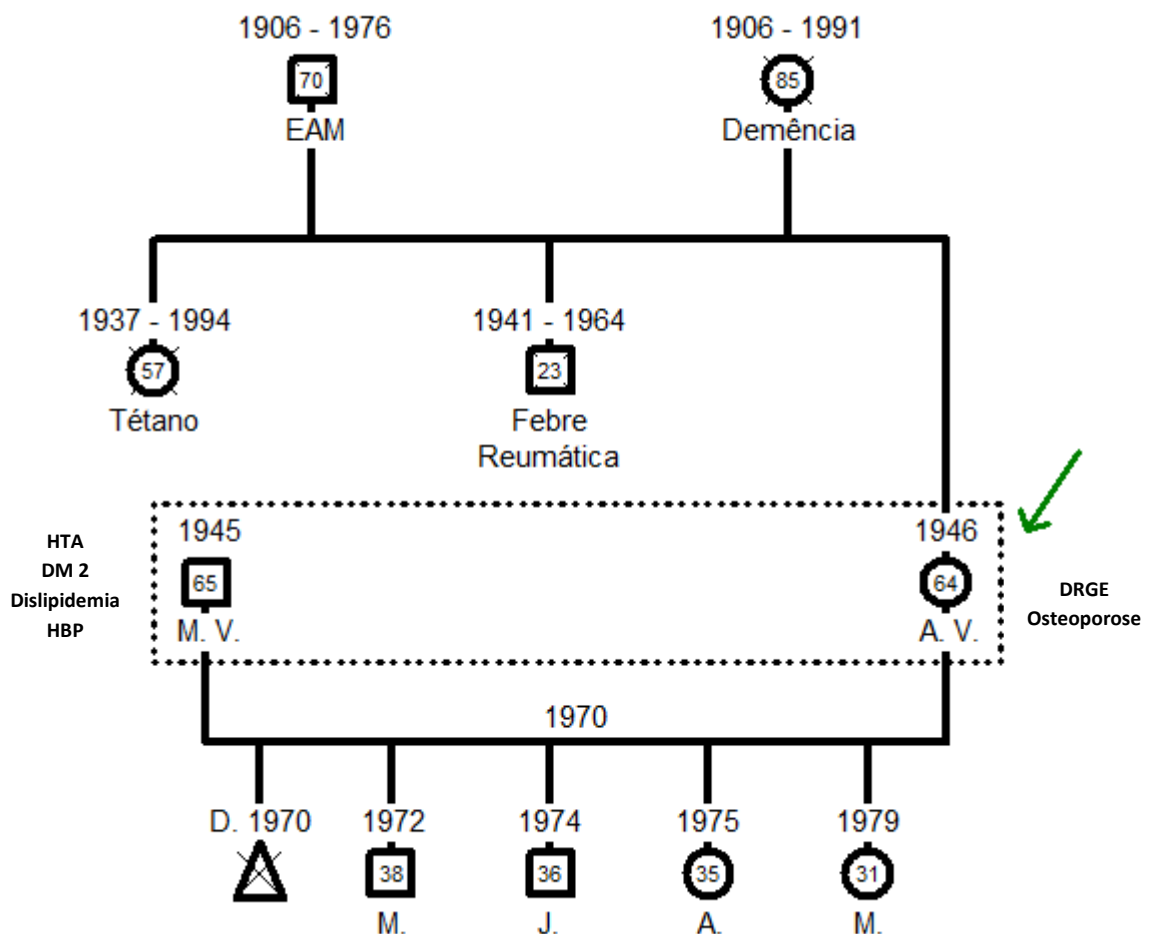
Total: 18

Posição Social: **IV- Classe média baixa**

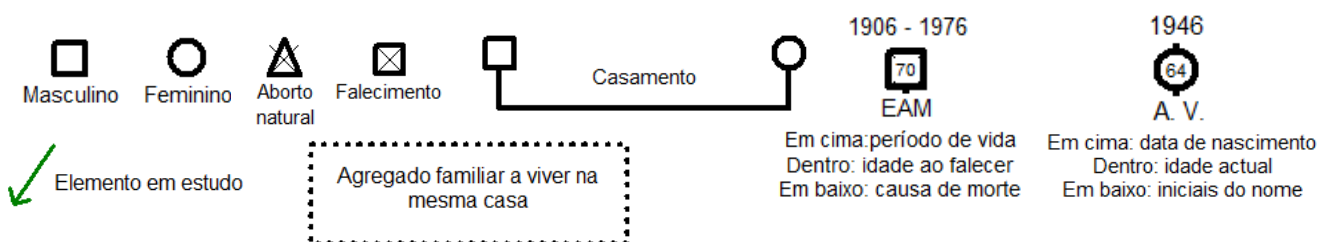
MÉTODOS DE AVALIAÇÃO FAMILIAR

1. GENOGRAMA

Sumariza informação acerca de todos os membros da família e seus relacionamentos ao longo de pelo menos 3 gerações. Permite uma percepção rápida e fácil da estrutura familiar e seus problemas.

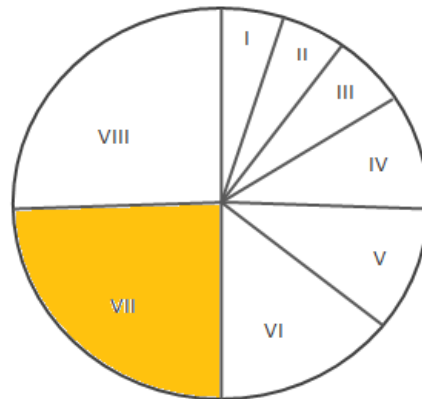


LEGENDA



2. CICLO DE VIDA FAMILIAR DE DUVALL

O ciclo de vida familiar é constituído pelas fases ou etapas mais significativas da vida familiar. Os períodos de transição entre as fases são particularmente instáveis, correspondendo a mudanças de organização da família que exigem a adaptação de todos os membros desta. Duvall descreve 8 fases, que vão desde o casamento até à morte de um dos cônjuges, e define para cada fase tarefas específicas a cada indivíduo, que devem ser cumpridas com sucesso de modo a não surgirem mais tarde problemas. O conhecimento do ciclo permite ao médico a prestação de cuidados antecipatórios com base na história natural das doenças e problemas de saúde que são característicos de determinadas fases do ciclo de vida.



FASE	DESCRIÇÃO FAMILIAR
I. Família inicial	Casal sem filhos
II. Família com filhos pequenos	Filho mais velho nascido há menos de 30 meses
III. Família com filhos em idade pré-escolar	Filho mais velho entre 30 meses e 6 anos
IV. Família com filhos em idade escolar	Filho mais velho entre 6 e 13 anos
V. Família com filhos adolescentes	Filhos entre os 13 e 20 anos
VI. Família com filhos adultos jovens	Os filhos saem de casa
VII. Família de meia-idade	Entre a saída do último filho e a reforma
VIII. Família a envelhecer	Desde a reforma à morte dos 2 progenitores

A família da doente encontra-se na fase **VII. Família de meia-idade**, uma vez que A.V. já não tem filhos a viver em sua casa e ela e o seu marido ainda não se reformaram.

3. APGAR FAMILIAR DE SMILKSTEIN

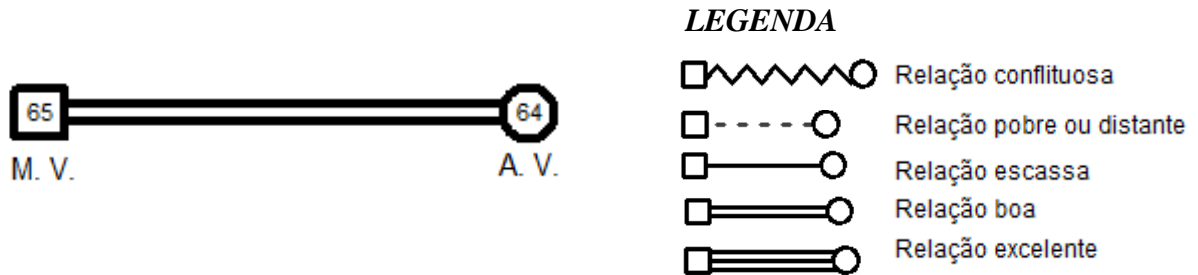
É um questionário que quantifica a percepção que o doente tem do funcionamento da sua família. É constituído por 5 perguntas que avaliam a adaptação intrafamiliar, a convivência/comunicação, o crescimento/desenvolvimento, o afecto e a dedicação à família. De acordo com a pontuação obtida permite classificar a família como *altamente funcional* (7 a 10 pontos), com *moderada disfunção* (4 a 6 pontos) ou com *disfunção acentuada* (0 a 3 pontos). A sua aplicação permite ao médico a detecção precoce dos problemas familiares.

APGAR	QUASE SEMPRE (2 pontos)	ALGUMAS VEZES (1 ponto)	QUASE NUNCA (0 pontos)	O QUE AVALIA
Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família sempre que alguma coisa me preocupa	x			Adaptação
Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema		x		Convivência
Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida	x			Crescimento
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			Afecto
Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família		x		Dedicação

O APGAR desta família é de 8 pontos, o que significa que se trata de uma família **altamente funcional**.

4. PSICOFIGURA DE MITCHEL

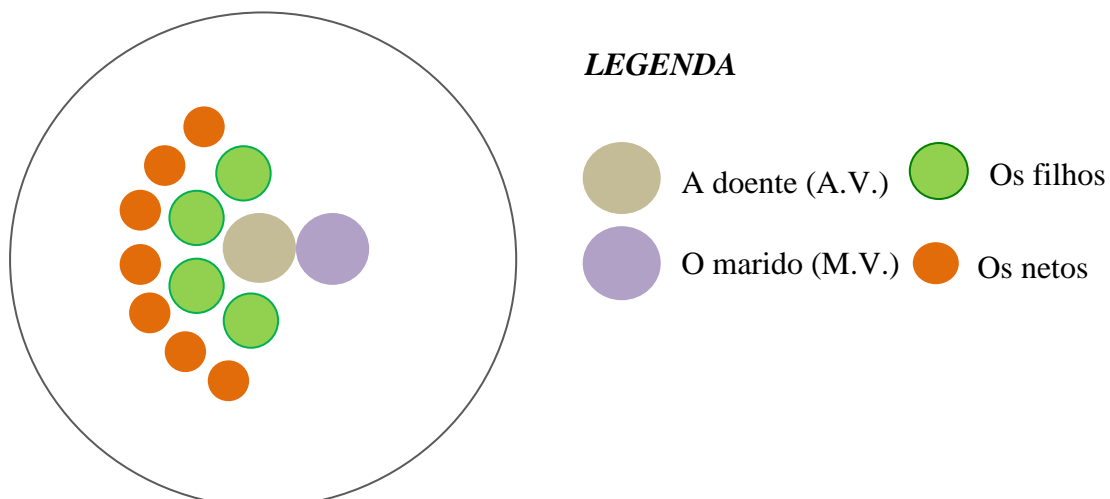
É uma representação da dinâmica familiar. O doente une os elementos do seu agregado familiar através de diferentes tipos de linha com significados pré-estabelecidos.



O agregado familiar é neste momento constituído pela doente e o seu marido. A doente classificou esta relação como **boa**.

5. CIRCULO FAMILIAR DE THROWER

É um modelo de representação da família efectuado pelo doente. Permite avaliar a importância que têm para si pessoas, familiares ou não, outros seres vivos e objectos que lhe são próximos. Desenha-se um círculo que representa a família e pede-se ao doente que desenhe outros círculos que representam a sua própria pessoa, os seus familiares, outras pessoas importantes, objectos ou animais.



A doente começou por se representar a si mesma. De seguida representou mais próximo de si o marido. Continuou representando os 4 filhos, todos à mesma distância de si e todos com o mesmo grau de importância (todos com o mesmo tamanho) não discriminando entre os 4. De seguida representou os 7 netos também todos à mesma distância de si e com o mesmo tamanho, igualmente não os distinguindo entre si. Referiu estar satisfeita com a representação que fez porque todos os elementos da sua família eram importantes para si. Respondeu que a primeira pessoa a quem recorre se precisar de ajuda é ao marido, por ser o que está mais próximo.

6. ESCALA DE READAPTAÇÃO SOCIAL DE HOLMES E RAHE PARA A UNIDADE DE CRISE

Baseia-se na proposição de que o esforço exigido para que o indivíduo se reajuste à sociedade, depois de mudanças significativas na sua vida, cria um desgaste que pode levar ao desenvolvimento de doenças. Assim, foi construída uma lista de eventos significativos, cada um com determinada pontuação (Anexo I). Consoante a pontuação obtida ao longo do último ano, determina-se a probabilidade do indivíduo desenvolver doença psicossomática. Se durante o ano anterior a pessoa acumular entre 300 a 200 pontos tem uma probabilidade de 50% de desenvolver doença.

A doente preenche pouquíssimos acontecimentos, podendo concluir-se que apresenta um **baixo risco** de desenvolver doença psicossomática (valor médio cumulativo <150).

CONSULTA DIA 4 DE FEVEREIRO DE 2010

1. Exame Subjectivo

Consulta de rotina, para avaliação geral.

Refere ter tido há uma semana episódios de diarreia que resolveu com Imodium Rapid® e Ultra-levur®.

Mantém queixas anteriores de pirose e nega queixas de outro foro.

Pede terapêutica habitual.

2. Exame Objectivo

Estado Geral

Doente consciente, colaborante e orientada no tempo e no espaço. Bom estado geral e nutricional. Pele e mucosas coradas e hidratadas, não cianóticas e anictéricas. Idade real coincidente com idade aparente. Sem sinais de sofrimento agudo ou crónico.

Dados Antropométricos

Peso: 62 Kg

Altura: 1,52 m

IMC: 26,8 Kg/m², Excesso de peso

Sinais Vitais

Frequência cardíaca: 80 bpm

Frequência respiratória: 20 cpm

Tensão Arterial: 130/80 mm Hg

Pulsos arteriais rítmicos, amplos, regulares e simétricos

Auscultação Cardio-Pulmonar

S1 e S2 presentes em todos os focos cardíacos e de características normais. Sem outros sons ou sopros audíveis.

Murmúrio vesicular presente bilateralmente e de características normais. Sem outros sons adventícios.

Abdómen

Mole e depressível à palpação; indolor; sem massas ou organomegalias palpáveis; auscultação com ruídos hidroaéreos presentes de características normais.

Membros Superiores e Inferiores

Sem deformidades; mobilidades activa e passiva preservadas; sem dor à mobilização; sem alteração da força muscular; ausência de edemas maleolares (Godet negativo).

3. Avaliação

Lista de Problemas

- Doença do Refluxo Gastro-Esofágico
- Osteoporose

4. Plano

Pedido estudo analítico: hemograma, perfil lipídico, função renal e hepática.

Pedida Urina tipo II.

Pedida Mamografia.

Prescrição da terapêutica habitual: Lansoprazol 30 mg, Risedronato de Sódio 35 mg.

Marcação de nova consulta.

COMENTÁRIO

A.V., sexo feminino, 64 anos, nasceu em Venade, Caminha. Aqui passou a sua infância, adolescência e início da idade adulta, na casa dos seus pais. Estudou até ao 4º ano, tendo depois começado a trabalhar no campo com a mãe. Foi a mais nova de três irmãos. Os 2 irmãos já faleceram: o irmão com 23 anos na sequência de complicações cardíacas de Febre Reumática e a irmã, a mais velha dos 3, aos 57 anos por Tétano.

Aos 24 anos, a doente casou e foi viver para Lisboa onde esteve 8 anos. Trabalhava a ajudar o marido que tinha uma taberna. Durante este período teve um aborto espontâneo e 3 filhos: 2 do sexo masculino e 1 do sexo feminino. Na sequência de um incêndio na casa onde viviam regressaram a Venade. Aqui teve o último filho, do sexo feminino. Desde então trabalha como doméstica e na exploração de terrenos próprios, enquanto o marido se estabeleceu como comerciante.

Neste momento o seu agregado familiar é constituído por ela própria e pelo seu marido (estão na fase VII do Ciclo de Vida de Duvall), pertencendo, segundo a classificação de Graffar, à

classe média baixa. Considera que tem uma família estável, unida e com boas relações inter-familiares, segundo o Apgar Familiar trata-se de uma família altamente funcional.

Durante esta entrevista clínica mostrou-se sempre disponível. Comunicou fluentemente, sem dificuldades ou problemas em expor qualquer assunto.

Neste caso, o papel do médico de família é o de acompanhamento/vigilância da doente, baseando-se a sua actuação essencialmente na Prevenção, uma vez que a doente é relativamente saudável; Sofre de DRGE e Osteoporose para as quais está medicada, mantendo assim uma boa qualidade de vida, sem alteração das suas actividades diárias.

Bibliografia

1. Departamento de Clínica Geral da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Problemas de Família. 1994.
2. Caeiro RT. Registos Clínicos em Medicina Familiar. Lisboa: Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários; 1991.
3. Agostinho M, Rebelo L. Família: do conceito aos meios de avaliação. Rev Port Clin Geral 1988 nº 32.
4. Rebelo L. O Genograma familiar: O bisturi do médico de família. Rev Port Clin Geral 2007; 23:309-17.

Projecto de Investigação

1. Introdução

O consumo de tabaco começou na Europa em meados do século XVI e é, ainda hoje, um importante hábito nas sociedades europeias. No entanto, as consequências para a saúde deste consumo foram passando despercebidas ao longo do tempo até aos anos 50 do século XX, altura em que começaram a surgir os primeiros estudos. Em 1964 é publicado nos Estados Unidos o relatório “*Smoking and Health*”, onde, pela primeira vez, se assumiu oficialmente uma relação causal entre o consumo de tabaco e efeitos na saúde, nomeadamente o aparecimento de cancro da laringe e do pulmão. Actualmente, o tabaco é reconhecido como factor etiológico de inúmeras doenças como doenças neoplásicas em diversos órgãos, doenças respiratórias e doenças cardiovasculares.¹

De acordo com a Organização Mundial de Saúde existiam na Europa, em 2005, 28,6% de fumadores (diários com mais de 15 anos), dos quais 40,0% eram do sexo masculino e 18,2% do sexo feminino.² No mesmo ano, o consumo de tabaco surgiu como o segundo factor de risco mais importante, entre 7, na etiologia das doenças crónicas não transmissíveis na Europa, tendo sido responsável por 12,3% do total de Anos de Vida Ajustados por Incapacidade- *Disability Adjusted Life Years (DALY)* nos países europeus em 2000.³ Assim, o consumo de tabaco constitui actualmente, a primeira causa de morbidade e mortalidade evitáveis nos países desenvolvidos.

Em Portugal, de acordo com o Inquérito Nacional de Saúde realizado em 2005/2006, 20,9% da população com 15 ou mais anos, residente em Portugal (incluindo as regiões autónomas) era fumadora. Desta, 30,9% eram homens e 11,8% mulheres. Comparativamente ao Inquérito anterior de 1998/1999, verificou-se uma ligeira diminuição da prevalência total, bem como da prevalência de consumo no sexo masculino. No entanto, os inquéritos revelam uma tendência crescente da prevalência de mulheres fumadoras.^{4,5,6} Relativamente ao consumo por regiões em Portugal continental, verifica-se que a região Norte é a segunda com maior percentagem de fumadores, 17,1%, apenas antecedida pela região do Alentejo com 17,4% de fumadores.⁷

De acordo com o Relatório Europeu de Saúde de 2005, as doenças cerebrovasculares surgem como a principal causa de morte em Portugal, representando 21,3% do total de mortes, e são seguidas pela doença cardíaca isquémica, responsável por 11,6% do total de mortes. Segundo o mesmo relatório, o consumo de tabaco contribuiu com 12,1% do total de DALY em Portugal.³ Assim, as doenças cardiovasculares assumem-se como um grave problema de saúde no nosso país e o consumo de tabaco é o principal factor de risco evitável. A aterosclerose é o principal processo fisiopatológico que está na origem destas doenças e o tabaco é causa directa desta, sendo os efeitos do seu consumo mais acentuados quanto maior o número de cigarros e a duração do mesmo. Além disso, quando ao hábito de fumar se associam outros factores de risco como o colesterol elevado, hipertensão arterial ou obesidade, verifica-se um aumento sinérgico do risco de doença cardiovascular.¹ Deste modo, a não ser que os actuais fumadores o deixem de ser, o número de morte associadas ao tabaco continuará a aumentar nos próximos anos, dado o tempo de latência entre o início do consumo e o aparecimento das doenças associadas.⁵

A cessação tabágica promove sempre uma melhoria do estado de saúde. Tráz vantagens imediatas, a médio e longo prazo na saúde, mas também a nível económico e estético. Estes benefícios são tanto maiores quanto mais cedo se verificar o abandono do hábito. No entanto, este processo geralmente não é fácil, caracterizando-se por sucessivos avanços e recuos.⁵

Assim, decidi investigar, durante este estágio, os hábitos tabágicos de todos os doentes das consultas que presenciei nos 2 CS. Os objectivos deste projecto foram os seguintes:

- Conhecer a percentagem de Fumadores no total de doentes das consultas.
- Caracterizar os Fumadores quanto ao sexo, idade e consumo tabágico nos 2 CS.
- Identificar em que fase da Cessação Tabágica se encontram os Fumadores.
- Identificar a presença de outros Factores de Risco Cardiovascular nos Fumadores.

2. Métodos Utilizados

Para a realização desta análise foi elaborado um inquérito, com base na Circular Normativa da Direcção Geral de Saúde sobre Risco Global Cardiovascular, para aplicar a todos os doentes com mais de 15 anos durante as consultas presenciadas.⁸ Deste modo, foram inquiridos os factores de risco cardiovascular contemplados no Systematic Coronary Risk Evaluation (SCORE):

- Sexo
- Idade
- Tabagismo
- Hipertensão arterial (HTA) sistólica (TA sistólica > 140 mm Hg)
- Hipercolesterolemia (colesterol total > 190 mg/dL)

Foram igualmente inquiridas situações consideradas como potenciadoras de um risco cardiovascular superior ao previsto pelo SCORE:

- Antecedentes familiares de doença cardiovascular prematura, definida como a que surge antes dos 55 anos no sexo masculino e dos 65 anos no sexo feminino
- Baixos níveis de colesterol-HDL (<40 mg/dL no sexo feminino e <45 mg/dL no sexo masculino)
- Diabetes mellitus
- Obesidade (IMC ≥ 30 kg/m²)

As fases da Cessação Tabágica em que os inquiridos foram classificados são as propostas pelo Modelo de Prochaska e DiClemente que considera a existência de cinco estádios no processo de mudança:⁵

- *Pré-contemplação*: o fumador não se preocupa com o seu comportamento e não tem intenção em deixar de fumar.
- *Contemplação*: o fumador encontra-se numa posição ambivalente e pensa modificar o seu comportamento nos 6 meses seguintes.
- *Preparação*: o fumador pensa modificar o seu comportamento no mês seguinte e já fez tentativas para deixar de fumar durante o último ano.

- *Acção*: o fumador conseguiu deixar de fumar e permanece sem o fazer durante os 6 meses seguintes, sem recaídas.
- *Manutenção*: a pessoa deixou de fumar há mais de 6 meses e mantém esse comportamento por um período até 5 anos.
- *Recaída*: é uma etapa que se pode seguir às fases de acção ou manutenção.

Os doentes que deixaram de fumar há mais de 5 anos foram considerados não fumadores.

Em seguida encontra-se o inquérito que foi aplicado.

INQUÉRITO	
1. Idade* _____	
2. Sexo* : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
3. Carga Tabágica* : n° cigarros/dia _____ n° anos _____	
4. Estádio de Mudança Comportamental	
Não tem intenção de deixar de fumar nos próximos (<i>Pré-contemplação</i>)	<input type="checkbox"/>
Tem intenção de deixar de fumar nos próximos 6M (<i>Contemplação</i>)	<input type="checkbox"/>
Tem intenção de deixar de fumar nos próximos 30 dias e esteve sem fumar mais de 24h no último ano (<i>Preparação</i>)	<input type="checkbox"/>
Parou de fumar e mantém durante os 6M seguintes, sem recaídas (<i>Acção</i>)	<input type="checkbox"/>
Deixou de fumar há mais de 6M (<i>Manutenção</i>)	<input type="checkbox"/>
Recaída	<input type="checkbox"/>
5. Outros Factores de Risco Cardiovascular	
HTA (TA sistólica \geq 140 mm Hg)*	<input type="checkbox"/>
Hipercolesterolemia (colesterol total \geq 190 mg/dL)*	<input type="checkbox"/>
Diabetes Mellitus*	<input type="checkbox"/>
Baixos níveis colesterol-HDL (<40 mg/dL no sexo masculino e <45 mg/dL ou no sexo feminino)*	<input type="checkbox"/>
História Familiar (doença cardiovascular antes 55 anos no sexo masculino e 65 anos no sexo feminino)*	<input type="checkbox"/>
Obesidade*: Peso _____ Altura _____	
* FR CV avaliados pelo SCORE	
* Situações potenciadoras de risco superior ao indicado pelo SCORE	

3. Resultados

A **Tabela 1** resume os dados sobre a população inquirida nos 2 CS relativamente ao sexo e aos seus hábitos tabágicos. Verifica-se que foram inquiridos mais doentes do sexo feminino, uma vez que dos 159 doentes, 69,80% eram do sexo feminino e 30,20% do sexo masculino. Relativamente aos hábitos tabágicos, 36 dos 159 doentes eram fumadores, 25 no CSSJ e 11 no CSC. No entanto, o número de doentes fumadores encontrado é semelhante no sexo feminino e masculino (18 mulheres e 18 homens).

CS		<i>Sexo Feminino</i>	<i>Sexo Masculino</i>	TOTAL
<i>CSSJ</i>	<i>Não Fumadores</i>	60	14	74
	<i>Fumadores</i>	16	9	25
<i>CSC</i>	<i>Não Fumadores</i>	33	16	49
	<i>Fumadores</i>	2	9	11
TOTAL		111	48	159
		69,80%	30,20%	100%

Tabela 1. População inquirida discriminada de acordo com o sexo e os hábitos tabágicos em cada um dos CS

O **Gráfico 1** mostra a proporção de utentes fumadores na população inquirida, 22,6%, contra 77,4% de não fumadores, enquanto o **Gráfico 2** estabelece a comparação percentual entre os 2 CS. Dos doentes questionados, 25,30% no CSSJ e 18,30% no CSC eram fumadores.

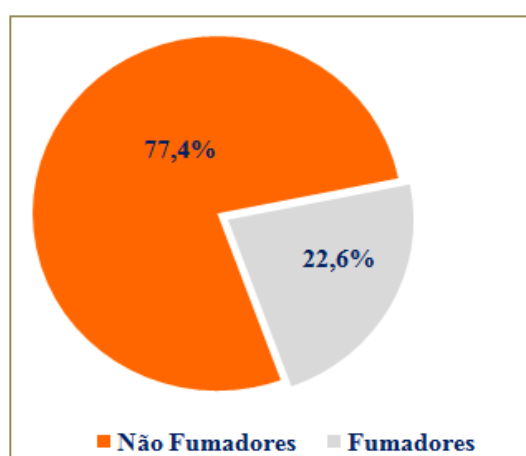


Gráfico 1. Percentagem de Fumadores e Não Fumadores

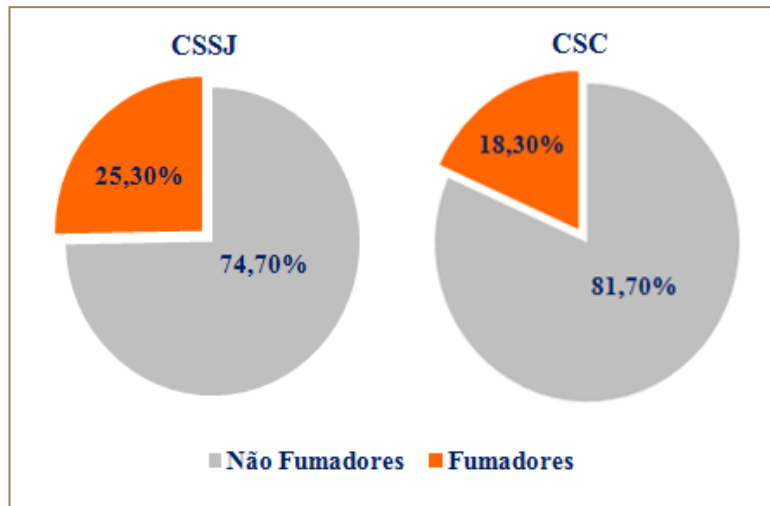


Gráfico 2. Proporção de Fumadores em cada CS

O Gráfico 3 estabelece a comparação relativamente ao consumo de tabaco entre os 2 sexos, nos 2 CS. Verifica-se que no CSSJ há mais fumadores do sexo feminino (16 mulheres contra 9 homens), enquanto no CSC o predomínio é do sexo masculino (9 homens e apenas 2 mulheres).

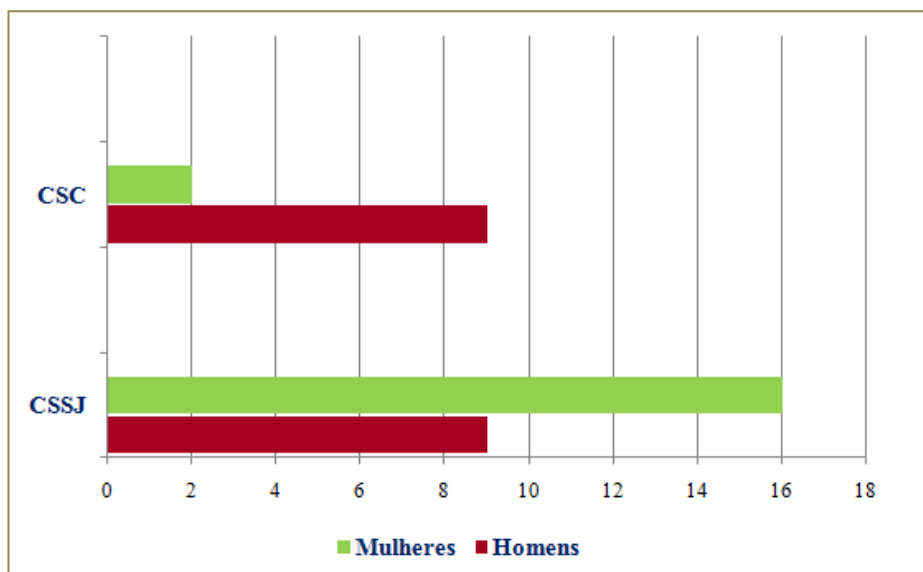


Gráfico 3. Número de Fumadores por Sexo e CS

A Tabela 2 indica a idade dos doentes *não fumadores* inquiridos nos 2 CS. Verifica-se que nos 2 CS, a maioria dos doentes era do sexo feminino e que, em ambos os sexos, a maioria dos doentes tinha 65 ou mais anos.

Idade	CSSJ		CSC	
	Sexo Feminino	Sexo Masculino	Sexo Feminino	Sexo Masculino
15-25 anos	4	3	3	1
26-35 anos	7	1	3	2
36-45 anos	4	1	3	1
46-55 anos	10	3	7	0
56-65 anos	17	1	3	5
>65 anos	18	5	14	7
TOTAL	60	14	33	16

Tabela 2. Idade dos doentes Não Fumadores em ambos os CS de acordo com o sexo

O **Gráfico 4** representa o número de doentes *fumadores* por faixas etárias. Verifica-se que o número mais elevado de utentes fumadores do sexo feminino do CSSJ se encontra na faixa etária dos 36-45 anos enquanto no CSC das 2 fumadoras identificadas, 1 situa-se no intervalo 26-35 anos e outra no intervalo 36-45 anos. Relativamente ao sexo masculino, 3 homens situam-se no intervalo 56-65 anos no CSSJ e 3 no intervalo 36-45 anos no CSC.

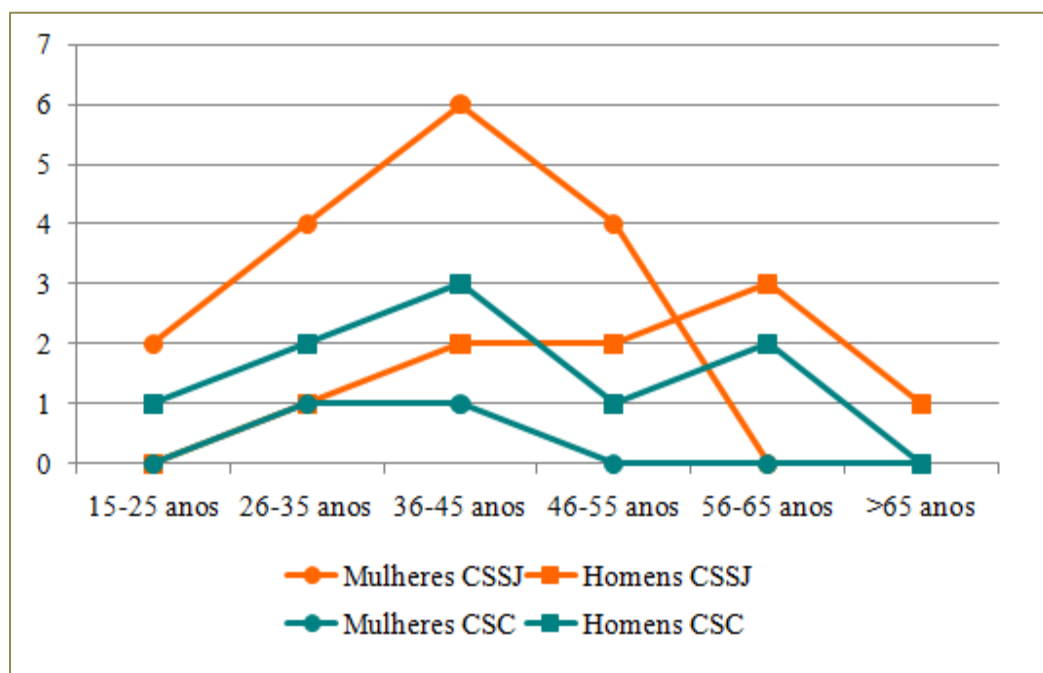


Gráfico 4. Número de Fumadores em cada Faixa Etária em ambos os CS de acordo com o Sexo

A **Tabela 3** discrimina os doentes fumadores de acordo com o sexo e o número de cigarros que consomem por dia, nos 2 CS. No CSSJ 9 das 16 mulheres consome entre 11 a 20 cigarros por dia, enquanto no CSC, 1 consome entre 1 a 10 enquanto outra consome entre 11 a 20 cigarros por dia. Relativamente aos homens, no CSSJ a maioria também consome entre 11 a 20 cigarros por dia enquanto no CSC dos 9 homens fumadores, 3 consomem entre 11 a 20 e 4 consomem entre 21 a 40 cigarros por dia.

Nº Cigarros/dia	CSSJ		CSC	
	<i>Sexo Feminino</i>	<i>Sexo Masculino</i>	<i>Sexo Feminino</i>	<i>Sexo Masculino</i>
1 a 10	6	2	1	2
11 a 20	9	6	1	3
21 a 40	1	1	0	4
>40	0	0	0	0
TOTAL	16	9	2	9

Tabela 3. Consumo diário de Tabaco por Sexo nos 2 CS

O **Gráfico 5** compara os 2 CS no que respeita à carga tabágica (número de maços por dia x número de anos como fumador). Verifica-se que no CSC os fumadores apresentam cargas tabágicas menores. Em ambos os CS a maioria dos fumadores apresenta uma carga tabágica entre os 0-10 UMA e apenas um utente de cada um dos CS tem uma carga tabágica >50 UMA.

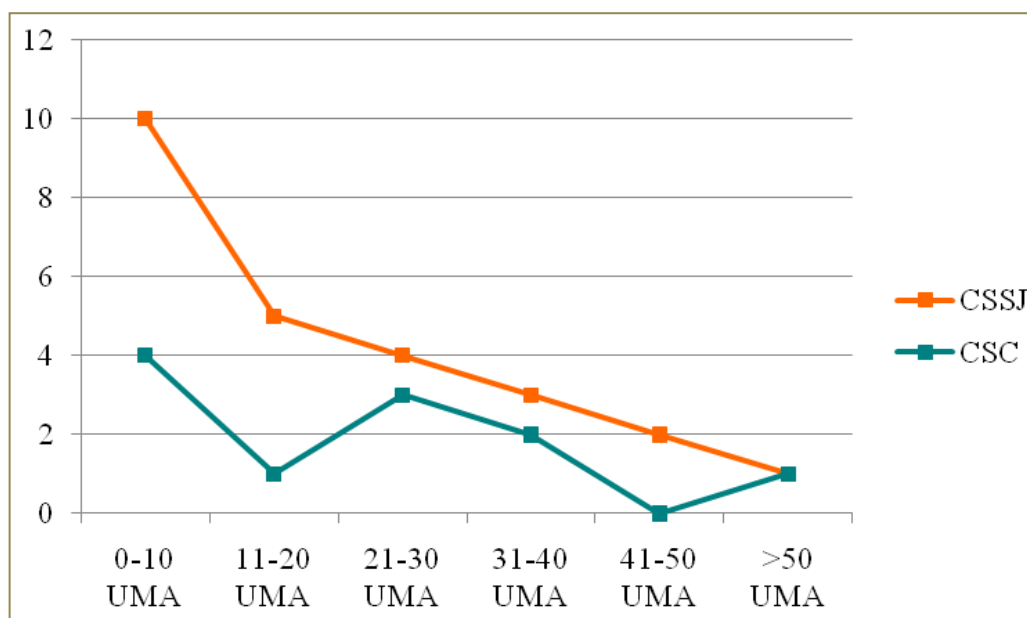


Gráfico 5. Número de Fumadores em cada CS de acordo com as Cargas Tabágicas

No **Gráfico 6** compara-se o número de utentes em cada fase da cessação tabágica entre os 2 CS. Verifica-se que no CSSJ a maioria dos fumadores do sexo feminino se encontra na fase de *Pré-Contemplação*. Dos fumadores do sexo masculino 5 encontram-se fumadores na fase de *Manutenção* e 4 na fase de *Pré-Contemplação*. No CSC as 2 únicas fumadoras estão na fase de *Pré-Contemplação* e os fumadores do sexo masculino encontram-se distribuídos de forma semelhante entre as fases de *Pré-Contemplação*, *Contemplação* e *Manutenção*.

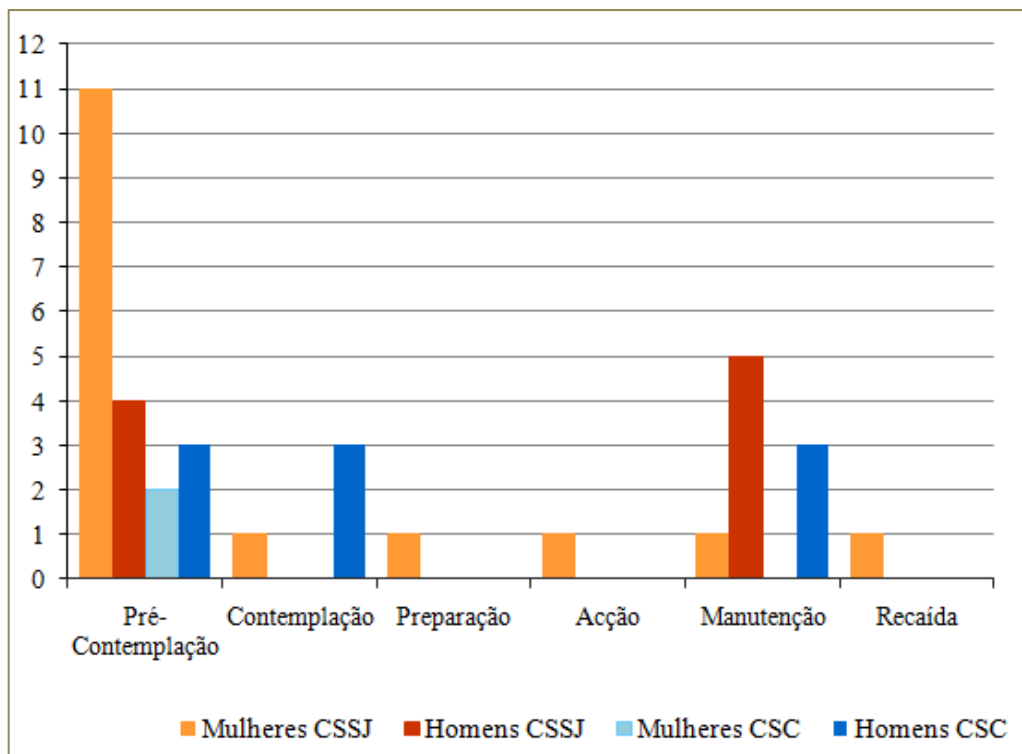


Gráfico 6. Número de Fumadores em cada Fase de Cessação Tabágica de acordo com o CS e o Sexo

Relativamente à presença de outros factores de risco cardiovascular nos fumadores, o **Gráfico 7** mostra que 55,60% dos fumadores inquiridos apresentava mais factores de risco cardiovascular além do consumo de tabaco.

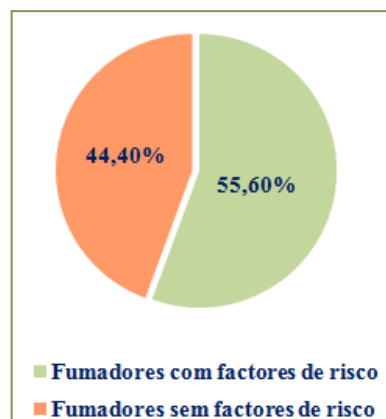


Gráfico 7. Percentagem de fumadores com e sem outros Factores de Risco Cardiovascular

A **Tabela 4** discrimina o número de fumadores, de cada sexo, que apresenta outros factores de risco cardiovascular. Verifica-se que, nas mulheres, o factor de risco cardiovascular mais frequente é a *Obesidade*, tanto no CSSJ como no CSC, onde apenas uma fumadora apresentava 1 factor de risco cardiovascular extra ao consumo de tabaco. Ainda no que respeita ao sexo feminino, no CSSJ, encontraram-se também fumadoras com *Hipertensão Arterial* e *Hipercolesterolemia*. Relativamente ao sexo masculino, o factor de risco cardiovascular mais encontrado no CSSJ foi a *Hipertensão Arterial* em igual número com a *Hipercolesterolemia*, seguidas da presença de *História Familiar de Doença Cardiovascular Prematura*. No CSC, o factor de risco cardiovascular mais frequente foi a *Hipercolesterolemia* seguido de 2 fumadores com *Hipertensão Arterial*. Não se encontraram doentes com *Colesterol-HDL baixo* ou *História Familiar de Doença Cardiovascular Prematura*.

No CSSJ a *Hipertensão Arterial* e a *Hipercolesterolemia* foram os factores de risco mais prevalentes (50%), seguidos da *Obesidade* (37,5%). No CSC o factor de risco mais prevalente foi a *Hipercolesterolemia* (75%) seguido da *Obesidade* e *Hipertensão Arterial* (50%). Os factores de risco *Colesterol-HDL baixo* e *História Familiar de Doença Cardiovascular Prematura* só se verificaram no CSSJ, com a prevalência de 6,25% e 18,75% respectivamente.

Outros factores de risco cardiovasculares	CSSJ			CSC		
	Mulheres (total 9)	Homens (total 7)	Prevalência Factor Risco (%)	Mulheres (total 1)	Homens (total 3)	Prevalência Factor Risco (%)
<i>Obesidade</i>	5	1	37,5	1	1	50
<i>Hipertensão Arterial</i>	3	5	50	0	2	50
<i>Diabetes Mellitus</i>	0	2	12,5	0	1	25
<i>Hipercolesterolemia</i>	3	5	50	0	3	75
<i>Colesterol HDL baixo</i>	0	1	6,25	0	0	0
<i>História familiar de doença cardiovascular prematura</i>	0	3	18,75	0	0	0

Tabela 4. Número de doentes de cada sexo com outros Factores de Risco Cardiovascular além do consumo de Tabaco, nos 2 CS

4. Discussão

a) População Inquirida

De acordo com os resultados do último Inquérito Nacional de Saúde, as mulheres recorrem mais à consulta médica, tendo representado 61,9% dos utentes inquiridos que consultaram o médico nos 3 meses anteriores à entrevista, contra 50,9% de homens.⁴ Durante este estágio, verificou-se também esta tendência, uma vez que dos 159 doentes inquiridos na totalidade, 69,8% eram do sexo feminino e 30,2% do sexo masculino (**Tabela 1**). Ainda no mesmo Inquérito Nacional de Saúde constatou-se que a maioria dos utentes até aos 45 anos que consultou o médico nos 3 meses anteriores à entrevista fê-lo apenas uma vez e que, a partir dessa idade, o número de consultas por utente aumentava.⁴ Dos 159 utentes inquiridos, 103 tinha 46 ou mais anos (90 não fumadores + 13 fumadores). Destes, 45 tinham mais de 65 anos (44 não fumadores e 1 fumador) (**Tabela 2 e Gráfico 4**).

b) Fumadores: percentagem e caracterização

Como já referido, a prevalência nacional de fumadores em Portugal é de 20,9%, sendo na região Norte de 17,1%.^{4,5,6} Neste inquérito encontrou-se um valor próximo destes, uma vez que 22,6% dos doentes eram fumadores (**Gráfico 1**). Comparando os 2 CS, no CSSJ, 25,30% dos utentes eram fumadores, enquanto no CSC apenas 18,30% o eram (**Gráfico 2**).

Relativamente ao sexo dos fumadores, a nível nacional, 30,9% são homens e 11,8% são mulheres.^{4,5,6} Neste estudo, do total de fumadores encontrados, 50% eram mulheres (n=18) e 50% homens (n=18). No entanto, importa realçar as diferenças encontradas no número de fumadores do sexo feminino em ambos os CS, 16 no CSSJ contra 2 no CSC. Em ambos os CS se encontraram 9 homens fumadores (**Gráfico 3**). Uma hipótese possível é o facto do hábito de fumar se encontrar menos generalizado nas mulheres em ambiente rural.

Quanto à distribuição etária dos fumadores verificou-se que a maioria das mulheres fumadoras era mais jovem que a maioria dos homens fumadores: as mulheres encontravam-se maioritariamente nos intervalos 26-35 anos e 36-45 anos à excepção de 2 utentes do CSSJ que se encontravam na faixa etária 15-25 anos e outras 4 utentes que se encontravam no intervalo

etário 46-55 anos. Os homens encontravam-se distribuídos mais homoganeamente pelas diferentes categorias etárias, tendo-se encontrado 6 com mais de 56 anos e 1 com menos de 26 anos (**Gráfico 4**). Esta diferença entre os 2 sexos reflecte a tendência nacional que se tem verificado nos últimos anos nas prevalências de fumadores por sexo. Comparando os resultados dos Inquéritos Nacionais de Saúde de 1998/1999 e 2005/2006, verificou-se uma diminuição na prevalência de homens fumadores, mais marcada entre os 25 e os 44 anos em contraposição ao aumento verificado na prevalência de mulheres fumadoras, mais marcado entre os 15 e os 24 anos.⁵

c) Consumo de Tabaco

Neste estudo verificou-se que no total das 18 mulheres fumadoras, 10 consumiam entre 11 a 20 cigarros por dia, 7 entre 1 a 10 cigarros por dia e apenas 1 consumia mais de 20 cigarros diariamente. Entre os 18 fumadores homens, 9 apresentavam um consumo diário entre 11 a 20 cigarros, 5 fumadores consumiam entre 21 a 40 cigarros por dia e 4 fumadores apresentavam um consumo diário entre 1 a 10 cigarros (**Tabela 3**). Estes resultados evidenciam que, apesar de nos 2 sexos a maioria consumir entre 11 a 20 cigarros por dia, na totalidade, as mulheres apresentaram consumos diários menores que os homens, à semelhança da diferença entre os consumos diários dos homens e das mulheres a nível nacional.⁸

No que respeita às diferenças encontradas entre os 2 CS, verificou-se que os fumadores do CSSJ apresentavam cargas tabágicas superiores à dos fumadores do CSC, podendo uma explicação para esta diferença ser o facto de se terem encontrado mais fumadores no CSSJ (**Gráfico 5**).

d) Fases da Cessação Tabágica

Relativamente aos estádios de mudança do comportamento para a cessação tabágica, verificou-se que 13 das 18 mulheres fumadoras se encontravam na fase de Pré-Contemplanção ou seja, não tencionavam deixar de fumar nos 6 meses seguintes. Já relativamente aos 18 homens fumadores, 8 encontravam-se na fase de Manutenção ou seja, encontravam-se sem fumar há pelo menos 6 meses, e 7 encontravam-se na fase de Pré-Contemplanção. Estes resultados, mais uma vez, reflectem a tendência nacional de diminuição da prevalência de

fumadores do sexo masculino em contraposição com o aumento no sexo feminino. Em termos comparativos, em ambos os CS se verificou que a maior proporção de doentes se situava na fase de Pré-Contemplanção. Além disso, no CSSJ identificaram-se doentes nas fases de Preparação e Acção e encontraram-se mais doentes na fase de Manutenção. Estes resultados reflectem uma maior consciência e acção por parte dos doentes em deixar de fumar no CSSJ comparativamente ao CSC (**Gráfico 6**).

e) Presença de outros Factores de Risco Cardiovascular

Quanto à questão de os fumadores apresentarem outros factores de risco cardiovascular verificou-se que estes estavam presentes em 55,60% dos fumadores (**Gráfico 7**). Destes, 10 eram doentes do sexo feminino e outros 10 do sexo masculino. Porém, identificaram-se mais fumadores com outros factores de risco no CSSJ que no CSC (**Tabela 4**). Em termos comparativos, no CSSJ a Hipercolesterolemia e a Hipertensão Arterial foram os factores de risco mais prevalentes seguidos da Obesidade, e no CSC a Hipercolesterolemia foi o mais prevalente seguido da Hipertensão Arterial e da Obesidade. Os factores de risco Colesterol-HDL baixo e História Familiar de Doença Cardiovascular Prematura só se verificaram no CSSJ; por sua vez, a Diabetes Mellitus foi mais prevalente no CSC (**Tabela 4**).

5. Conclusão

Com este inquérito concluiu-se que grande parte dos doentes fumadores era relativamente jovem em relação aos padrões etários que mais frequentaram as consultas médicas. Destes doentes, a maioria fumava entre 11 a 20 cigarros por dia e encontrava-se na fase de Pré-Contemplanção. Concluiu-se também que uma percentagem significativa dos fumadores apresentava outros factores de risco cardiovascular além do consumo de tabaco. Comparando os 2 CS, encontraram-se mais fumadores no CSSJ, principalmente à custa de um maior número de mulheres fumadoras. Os fumadores deste CS apresentavam também cargas tabágicas superiores e uma maior prevalência de outros factores de risco cardiovascular, comparativamente aos fumadores do CSC. No entanto, foi também no CSSJ que se encontrou maior número de doentes dispostos a deixar de fumar. Estes resultados reforçam que é essencial apostar nas estratégias de prevenção do tabagismo e de promoção da cessação

tabágica, sendo as consultas de cessação tabágica disponibilizadas nos CS um meio de apoio importante para estes doentes.

6. Bibliografia

1. Nunes E. Consumo de tabaco. Efeitos na saúde. Rev Port Clin Geral 2006; 22:225-44.
2. World Health Organization Regional Office for Europe. The European Tobacco Control Report 2007. [Online]. 2007 Jan 15 [citado em 2010 Abr 15]; [160 páginas]. Disponível em: URL: <http://www.euro.who.int/document/e89842.pdf>.
3. World Health Organization Regional Office for Europe. The European Health Report 2005: Public health action for healthier children and populations. [Online]. 2005 [citado em 2010 Abr 15]; [141 páginas]. Disponível em: URL: <http://www.euro.who.int/document/e87325.pdf>.
4. Instituto Nacional de Estatística. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. [Online]. 2009 [citado em 2010 Abr 15]; [330 páginas]. Disponível em: URL: [URL:http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Documents/Epidemiologia/INS_05_06.pdf](http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Documents/Epidemiologia/INS_05_06.pdf).
5. Direcção Geral de Saúde. Cessação Tabágica: Programa-tipo de Actuação. Circular Normativa 26/DSPPS. [Online]. 2007 Dez 26 [citado em 2010 Abr 15]; [76 páginas]. Disponível em: URL: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/BA6A0A9C-4487-44C3-B6B3-8AFAD60D9204/0/CN2628122007.pdf>.
6. Machado A, Nicolau R, Dias CM. Consumo de tabaco na população portuguesa retratado pelo Inquérito Nacional de Saúde (2005/2006). Revista Portuguesa de Pneumologia 2009; XV (6): 1005-1027.
7. Direcção Geral de Saúde. Acompanhamento estatístico e epidemiológico do consumo de tabaco em Portugal. Estudo do impacte da Lei nº37/2007, de 14 de Agosto. Resumo Executivo. [Online]. 2008 [citado em 2010 Abr 15]; [23 páginas]. Disponível em: URL: <http://www.dgs.pt/>.

8. Direcção Geral de Saúde. Risco Global Cardiovascular. Circular Normativa 06/DSPCS. [Online]. 2007 Abr 18 [citado em 2010 Abr 15]; [6 páginas]. Disponível em: URL: <http://www.acs.min-saude.pt/files/2007/12/cnriscoglobalcardiovascular.pdf>.

Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe para a Unidade de Crise

Nº	Acontecimento	Valor Médio
1	Morte do Cônjuge	100
2	Divórcio	73
3	Separação Conjugal	65
4	Saída da cadeia	63
5	Morte de um familiar próximo	53
6	Acidente ou doença grave	53
7	Casamento	50
8	Despedimento	47
9	Reconciliação conjugal	45
10	Reforma	44
11	Doença grave de família	44
12	Gravidez	40
13	Problemas sexuais	39
14	Aumento do agregado familiar	39
15	Readaptação profissional	39
16	Mudança de situação económica	38
17	Morte de um amigo íntimo	37
18	Mudança no tipo de trabalho	36
19	Alterações nº discussões com cônjuge	35
20	Contrair um grande empréstimo	31
21	Acabar de fazer um grande empréstimo	30
22	Mudança de responsabilidade no trabalho	29
23	Filho que abandona o lar	29
24	Dificuldades com família do cônjuge	29
25	Acentuado sucesso pessoal	27
26	Cônjuge que inicia/termina emprego	26
27	Início ou fim de escolaridade	26
28	Mudanças nas condições de vida	25
29	Alteração dos hábitos pessoais	24
30	Problemas com o patrão	23
31	Mudança de condições ou hábitos de trabalho	20
32	Mudança de residência	20
33	Mudança de escola	19
34	Mudança de diversões	18
35	Mudança de actividades religiosas	19
36	Mudança de actividades sociais	18
37	Contrair uma pequena dívida	17
38	Mudança nos hábitos de sono	16
39	Mudança no nº reuniões familiares	15
40	Mudança nos hábitos alimentares	15
41	Férias	13
42	Natal	12
43	Pequenas transgressões à Lei	11