



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2009/2010

Sílvia Jesus Sousa Oliveira
Relatório de Estágio de Medicina
Comunitária

Abril, 2010

FMUP



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Sílvia Jesus Sousa Oliveira
Relatório de Estágio de Medicina
Comunitária

Mestrado Integrado em Medicina

Área: Medicina Comunitária

**Trabalho efectuado sob a Orientação de:
Dra. Maria da Graça Vasques Amorim da Costa
Veiga**

Abril, 2010

FMUP

Eu, Sílvia Jesus Sousa Oliveira, abaixo assinado, nº mecanográfico 030801173 , 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: _____

Nome: _Sílvia Jesus Sousa Oliveira

Endereço electrónico: _silviajso@gmail.com_____

Título da Dissertação/Monografia/Relatório de Estágio: ____Relatório de Estágio de Medicina
Comunitária_____

Nome completo do Orientador: ____Maria da Graça Vasques Amorim da Costa
Veiga_____

Nome completo do Co-Orientador:

Ano de conclusão: __2009/2010_____

Designação da área do projecto de opção:

____Medicina Comunitária

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: _____

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer pelo apoio e colaboração prestada:

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

Dr. António Miguelote, Equipa de Enfermagem e Administrativos da Unidade de Saúde Familiar de Ronfe.

RESUMO

Este relatório foi elaborado no âmbito do estágio em Medicina Comunitária (MC) e pretende mostrar as experiências vividas em Medicina Geral e Familiar (MGF) em dois Centros de Saúde, no meio rural e urbano, cada um com a duração de 2 semanas.

Enquanto aluna de Medicina, senti necessidade em aprofundar o contacto com os Cuidados de Saúde Primários (CSP), uma área pouco abordada no Mestrado Integrado em Medicina.

O propósito fundamental deste relatório deve-se à minha curiosidade pessoal no conhecimento da prática clínica e do dia-a-dia em MGF, passando pela descoberta da diferença da mesma no meio rural e no meio urbano. Foram caracterizados e comparados o Centro de Saúde de São João (CSSJ) e a Unidade de Saúde Familiar Ronfe (USFR), tendo também sido descritas todas as actividades realizadas: participação na consulta médica tutelada e em actividades de enfermagem, participação nas “XXI Jornadas de Actualização Cardiológica para MGF”, participação nas “I Jornadas de Factores de Risco e Orientações Clínicas em Cuidados de Saúde Primários”, visita ao CDP e realização de tarefas no âmbito da disciplina de Medicina Comunitária.

Realizei um estudo sucinto das consultas do meio rural (MR) e urbano (MU) e não verifiquei diferenças significativas entre ambos.

A realização deste estágio foi especialmente importante em termos pessoais por me ter proporcionado a oportunidade de observar e experimentar a prática clínica no contexto da MGF. Foi ainda marcante pela possibilidade de aplicação e aquisição de conhecimentos e pelo contacto directo com o doente, que é singular na MGF.

ABSTRACT

This report was prepared in the ambit of Community Medicine (CM) and aims to show the experiences of Family Medicine (MGF) in two health centers in rural and urban, each with duration of two weeks.

As a medical student, I needed to deepen the contact with the Primary Health Care (PHC), a rarely addressed area in the Master in Medicine.

The fundamental purpose of this report is due to my personal knowledge curiosity in clinical practice of MGF day-to-day, discovering the difference between its practice in rural and urban areas.

There were characterized and compared the Centro de Saúde São João (CSSJ) and Unidade de Saúde Familiar de Ronfe (USFR) and it were described all my activities: involvement in the medical ward and nursing activities, participation in “XXI Jornadas de Actualização Cardiológica para MGF” as in “I Jornadas de Factores de Risco e Orientações Clínicas em Cuidados de Saúde Primários”, visit to the Centro de Diagnóstico Pneumológico do Porto and execute tasks within the context of discipline of Community Medicine.

I conducted a brief study of consultations in rural areas (MR) and urban (MU) and I didn't observe significant differences between both areas.

The attainment of this stage was especially important in personal terms for having provided me the opportunity to observe and experience the clinical practice in the context of MGF. It was also marked by the possibility of application and acquisition of knowledge and by direct contact with the patient, which is unique in MGF.

ÍNDICE

RESUMO.....	ii
ABSTRACT.....	iii
LISTA DE SIGLAS.....	v
INTRODUÇÃO E ENQUADRAMENTO.....	1
OBJECTIVOS.....	2
CARACTERIZAÇÃO SUMÁRIA DOS CS.....	3
CONCLUSÃO.....	15
BIBLIOGRAFIA.....	16
APÊNDICE I.....	17
Caracterização da População.....	17
Espaço Físico.....	21
Recursos Humanos.....	22
Suportes de Informação Informáticos.....	23
APÊNDICE II.....	25
APÊNDICE III.....	28
APÊNDICE IV.....	30
APÊNDICE V.....	47
APÊNDICE VI.....	48
Estudo da Consulta/Análise dos Resultados.....	48

LISTA DE SIGLAS

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
ARS	Administração Regional de Saúde
CA	Consulta Aberta
CDP	Centro de Diagnóstico Pneumológico do Porto
CP	Consulta Programada
CS	Centro de Saúde
CSP	Cuidados de Saúde Primários
CSSJ	Centro de Saúde São João
DM	Diabetes Mellitus tipo 2
ECG	Electrocardiograma
FMUM	Faculdade de Medicina Universidade do Minho
FMUP	Faculdade de Medicina Universidade do Porto
HTA	Hipertensão Arterial
ICPC-2	Classificação Internacional de Cuidados Primários – 2ª edição
INE	Instituto Nacional de Estatística
IRS	Infecções Respiratórias Superiores
IVG	Interrupção Voluntária da Gravidez
MAPA	Medição Ambulatória de Pressão Arterial
MC	Medicina Comunitária
MF	Médico de Família
MGF	MGF
MR	Meio Rural
MU	Meio Urbano
PAC	Pneumonia Adquirida da Comunidade
SASUP	Serviços de Acção Social da Universidade do Porto
SNS	Serviço Nacional de Saúde
USFR	Unidade Saúde Familiar de Ronfe

ÍNDICE DE GRÁFICOS E FIGURAS

Gráfico 1	Distribuição da População Residente em Portugal Continental por local de residência, sexo e grupo etário	Pág. 10
Gráfico 2	Pirâmide etária dos utentes do CS de São João.	Pág. 17
Gráfico 3	Pirâmide etária dos utentes da USF Ronfe.	Pág. 18
Gráfico 4	Distribuição dos utentes vistos em consulta, no módulo rural, de acordo com o sexo	Pág. 49
Figura 1	Índices Demográficos ACES Guimarães, Ano 2008. Fonte INE	Pág 11

Figura 2	Índices Demográficos ACES Porto. Ano 2008. Fonte INE	Pág 11
Figura 3	Mapa de prevalência de hipertensão arterial, ajustada à estrutura demográfica de cada região de residência (prevalência global e por sexo). Adaptado do estudo Valsim	Pág 13
Figura 4	Prevalência de DM em Portugal. Adaptado do estudo PREVADIAB 2	Pág 4
Figura 5	Ilustração da estrutura da população residente, de 1991 a 2001. Adaptado de Censos 2001	Pág 19
Figura 6	Índice de envelhecimento (N.º) por Local de residência. Adaptado dos Censos 2001	Pág 20

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1	Recursos Humanos do CSSJ e USFR	Pág 22
Tabela 2	Programas informáticos utilizados no CSSJ e na USFR	Pág 23
Tabela 3	Total de utentes vistos no MU e no MR, na consulta programada e urgente	Pág 49
Tabela 4	Motivos de Consulta mais prevalentes no módulo urbano, de acordo com o capítulo da ICPC-2.	Pág 50
Tabela 5	Motivos de Consulta mais prevalentes no módulo urbano.	Pág 51
Tabela 6	Motivos de Consulta mais prevalentes no módulo rural, de acordo com o capítulo da ICPC-2.	Pág 51
Tabela 7	Motivos de Consulta mais prevalentes no módulo rural.	Pág 52
Tabela 8	Número de consultas de vigilância de HTA e DM tipo 2, no módulo urbano.	Pág 52
Tabela 9	Número de consultas de vigilância de HTA e DM tipo 2, no módulo rural.	Pág 53
Tabela 10	Problemas activos dos utentes do módulo urbano, segundo os capítulos da ICPC-2.	Pág 54
Tabela 11	Problemas activos dos utentes do módulo urbano.	Pág 54
Tabela 12	Problemas passivos dos utentes do módulo urbano, segundo os capítulos da ICPC-2.	Pág 55
Tabela 13	Problemas activos dos utentes do módulo rural, segundo os capítulos da ICPC-2.	Pág 56
Tabela 14	Problemas activos dos utentes do módulo rural	Pág 56
Tabela 15	Problemas passivos dos utentes do módulo rural, segundo os capítulos da ICPC-2.	Pág 57
Tabela 16	Referenciações no MU e no MR.	Pág 58

INTRODUÇÃO E ENQUADRAMENTO

O ensino da Medicina em Portugal é um pouco hospitalocêntrico, apesar do esforço meritório dos departamentos de MGF das Faculdades para modificar esta situação. Nesse sentido optei por realizar este relatório, no âmbito da disciplina de MC, para ter um contacto mais directo e mais presente do dia-a-dia da MGF.

Para além da consciencialização da verdadeira importância dos CSP e da aplicação da Medicina Preventiva, pude presenciar que o exercício, com qualidade, da MGF é das práticas médicas mais exigentes e desgastantes. Aborda todo o tipo de problemas de saúde, assiste e apoia todo o tipo de pessoas e de doentes, nos mais diversos contextos familiares e sociais. Actua na primeira linha do sistema de saúde, lida com situações complexas, em fases de grande incerteza, sem as “barreiras” e protecções técnicas, organizativas e institucionais que os especialistas hospitalares têm.

Deste ponto de vista, considero vital o trabalho em equipa com as especialidades hospitalares, mas pude observar que existe uma resposta pouco eficiente para as consultas de referênciação.

OBJECTIVOS

Pretende-se com este relatório:

1. Descrever todas as actividades realizadas durante o estágio em MC;
2. Perceber a importância do acompanhamento do doente e da sua família ao longo do tempo;
3. Compreender a importância dos CSP desde o recém-nascido ao idoso;
4. Entender a utilidade da gestão e programação da consulta em MGF;
5. Caracterizar, sumariamente, os CS onde realizei os estágios;
6. Discutir as diferenças encontradas no MR e MU;
7. Identificar os principais problemas que levam os doentes a procurar o Médico de Família (MF);
8. Perceber a relação médico-doente no ambiente da MGF.
9. Fazer um breve estudo da consulta no MR e no MU, estabelecendo comparações entre ambos.

CARACTERIZAÇÃO SUMÁRIA DOS CS

O CSSJ situa-se na Rua Miguel Bombarda nº 234, na freguesia de Cedofeita, no centro do Porto e foi inaugurado em Julho de 1999.

Nasceu no contexto de um acordo de cooperação celebrado entre a FMUP e a ARS Norte, chamado o “Projecto Tubo de Ensaio”, celebrado em 1998. Este acordo atribuiu à FMUP a administração convencionada de um CS.

Este Projecto tinha três objectivos principais:

1. Assegurar a prestação de CSP a cerca de 15000 a 20000 utentes do SNS, até um limite máximo de 25000, criando-se para tal um novo CS na Cidade do Porto, em instalações cedidas pelo Ministério da Saúde;
2. Desenvolver projectos inovadores no âmbito da Administração dos Serviços de Saúde e da Prestação de CSP;
3. Constituir um espaço de formação pré e pós-graduada destinada aos profissionais dos CSP.¹

O atendimento é realizado de 2ª a 6ª feira, das 8h às 20h.

Os utentes do CSSJ podem recorrer a vários tipos de consultas:

1. Adultos:
 - 1.1. Consulta Programada
 - 1.1.1. Vigilância a grupos de risco: HTA e DM;
 - 1.1.2. Vigilância a grupos vulneráveis: Saúde Infantil, Saúde Materna, Planeamento Familiar e Vigilância Oncológica;
 2. Consulta de Saúde Infantil
 3. Consulta Aberta;
 4. Consulta de Podologia
 5. Consulta de Psicologia.
 6. Consultas Domiciliárias

Os cuidados domiciliários prestados pelos médicos do CSSJ são assegurados pela sua boa-vontade e cuidado pessoal, sendo agendados fora do seu horário de trabalho.

A USFR, situada na rua de S. Tiago, nº 936, na vila de Ronfe, tem um horário de atendimento disponível de sete dias por semana, das 8h às 20h de Segunda a Sexta-feira e das 9h às 13h aos fins-de-semana e feriados.

Está localizada numa zona rural, com espaços verdes e amplos, com excelente localização e acesso, com fácil estacionamento e acesso de transportes públicos.

Encontra-se inserida no ACES Guimarães/Vizela e pertence ao CS Taipas, estando classificada como Modelo B².

A USFR, à semelhança do CSSJ, garante uma boa acessibilidade aos seus utentes através da marcação de CP, da disponibilidade de CA e de um Sistema de Intersubstituição.

As CP são previamente agendadas por solicitação dos utentes ou por iniciativa dos médicos ou do sector de enfermagem e são efectuadas por hora de marcação. No entanto, as CP dos Grupos de Risco (HTA e DM), e Grupos Vulneráveis (Saúde Infantil, Saúde Materna, Planeamento Familiar e Vigilância Oncológica) só podem ser agendadas após autorização médica e têm um horário próprio reservado na semana.

Existe uma especial colaboração entre médicos e enfermeiros, no sentido em que os doentes passam sempre por uma triagem feita pela enfermagem que consiste na medição da tensão arterial, pesquisa de glicemias, avaliação do peso e altura, cuidados de penso quando necessários, avaliação da criança e da grávida, execução de combur, administração de fármacos quando prescritos pelo médico, etc.

Sempre que um médico tiver uma solicitação de atendimento de doença aguda por um utente da sua lista e não possua mais vagas para agendamento, o utente é encaminhado para um colega que possua vagas para esse efeito.

No caso de nenhum dos profissionais ter possibilidade de atendimento do utente, este será encaminhado para outro serviço de atendimento de urgência, se a situação não puder aguardar por um agendamento de uma consulta num período máximo de 48 horas.

São também prestados cuidados domiciliários a utentes com diversas e complexas necessidades, no que diz respeito a cuidados de saúde.

A caracterização da população de utentes inscritos no CSSJ e na USFR, a descrição do espaço físico dos dois meios assim como dos recursos humanos, enumeração e utilidade de cada um dos programas usados estão descritos no apêndice I.

DESCRIÇÃO DAS ACTIVIDADES

As actividades de MC tiveram início no dia 18 de Janeiro de 2010 e decorreram até ao dia 12 de Fevereiro de 2010.

Iniciei o estágio no **MU** que incluiu:

- Um seminário no primeiro dia da valência, onde foi abordada a organização da disciplina de MC, as actividades propostas aos alunos com um “guião de residência” e recomendada alguma bibliografia pela minha orientadora, dra Graça Veiga;
- A participação na consulta tutelada, em que procedi ao registo no programa informático *Microsoft Excel* de todas as consultas realizadas no CSSJ
- Participei em actividades de enfermagem, nomeadamente aplicação de vacinas de acordo com o PNV, pesquisa de glicemias capilares em diabéticos e respectivo registo no “livro do diabético”, realização de ECG, administração de fármacos, execução de pensos, avaliação da tensão arterial e estudo MAPA;
- Realizei uma visita ao CDP em que procedi igualmente ao registo das consultas, no entanto não as incluí no estudo da consulta, por estas não se encontrarem integradas nos utentes vistos no CSSJ;
- Participei nas “*XXI Jornadas de Actualização Cardiológica para Medicina Geral e Familiar*”;

- Realizei uma reflexão sobre a IVG (Apêndice II);
- Realizei um panfleto apelativo à realização da citologia cervico-vaginal (Apêndice III);

No **MR**:

- Iniciei o estágio com a participação nas “*I Jornadas de Factores de Risco e Orientações Clínicas em Cuidados de Saúde Primários*”;
- Participei nas consultas, sob tutela, e registei-as igualmente em *Microsoft Excel*, tal como no UM (Apêndice II);
- Procedi à entrevista clínica com um doente, de forma mais detalhada, para a elaboração de uma história clínica o mais completa possível, no contexto da MGF; Esta entrevista clínica mais detalhada permitiu-me concretizar com primor um dos objectivos a que me propus: o de compreender a estreita relação entre o MF e o utente no seu contexto pessoal e familiar. O utente fez-se acompanhar da esposa, que participou activamente na entrevista clínica relativa ao mesmo. Assim, pude perceber a importância da relação de confiança médico-doente, única, que se estabelece em MGF (Apêndice IV).
- Elaborei um fluxograma sobre “Diabetes Gestacional” (Apêndice V);

Quer no MU, quer no MR, não me foi possível assistir a nenhuma visita domiciliária.

Procedi então, como já referi, ao estudo e análise estatística das consultas usando o programa *Microsoft Excel*. As variáveis incluídas foram: tipo de consulta (programada ou urgente), o nome do utente (iniciais), género, idade, motivo de consulta (com respectiva codificação pela ICPC-2), problemas activos e problemas passivos (respectiva codificação pela ICPC-2) e referências.

O resultado do tratamento estatístico foi comparado entre os dois módulos e confrontado com alguns dados estatísticos nacionais. No entanto, deve salientar-se que a amostra obtida é escassa e, provavelmente, não representativa, quer das listas de utentes dos tutores dos MU e MR, quer dos utentes do CSSJ e USFR.

Toda a análise estatística e registos atrás mencionados estão descritos no Apêndice VI.

Foram vistos 205 utentes na totalidade do estágio, dos quais 91 no MU e 114 no MR. Ainda no MU, foram vistos no CDP 4 doentes, 2 com tuberculose ganglionar, 1 com suspeita de Tuberculose e 1 para consulta de vigilância após PAC.

Dos restantes resultados foi possível observar:

- Foi notável uma maior afluência à consulta pelo sexo feminino (75.82% no MU e 65.79% no MR) relativamente ao sexo masculino (24.18% no MU e 34.21% no MR), o que se pode explicar pelo facto das mulheres serem, provavelmente, utilizadoras mais assíduas dos CSP. Segundo dados do INE, de 2008, do estudo da prevalência da população residente por sexo e grupo etário verificou-se também um discreto aumento do sexo feminino.

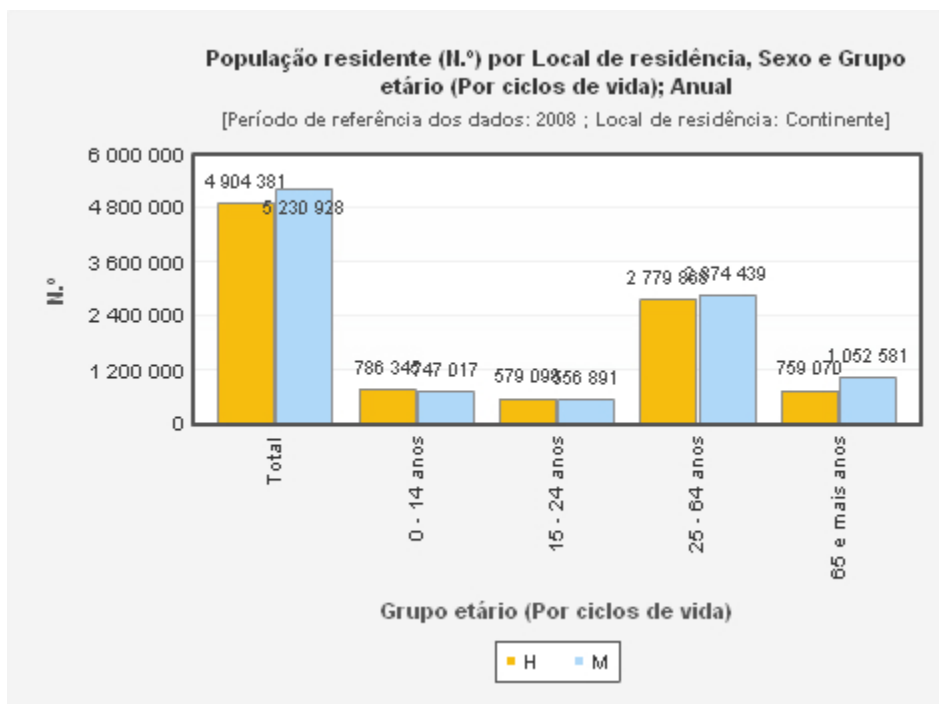


Gráfico 1: Distribuição da População Residente em Portugal Continental por local de residência, sexo e grupo etário. Fonte: INE.

Pela análise da pirâmide etária dos utentes vistos na USF Ronfe, verificou-se um Índice de Envelhecimento da população de 69,70. Os Índices Demográficos registados em 2008 para o ACES Guimarães mostraram um Índice de Envelhecimento de 73,2, muito inferior à Projecção Nacional continental calculada, de 118,1, de acordo com os dados do INE.

ÍNDICES DEMOGRÁFICOS, 2008

Local de Residência	Índices de Dependência		Índice de Envelhecimento
	Jovens	Idosos	
Continente	22,6	26,7	118,1
Região Norte	22,6	22,5	99,3
ACES Guimarães/Vizela	23,1	16,6	71,8
Guimarães	23,0	16,8	73,2
Vizela	23,8	14,9	62,7

Fonte: INE

Figura 1: Índices Demográficos ACES Guimarães, Ano 2008. Fonte: INE

Curiosamente, no ACES Porto, Índices Demográficos registados em 2008 mostram um Índice de Envelhecimento de 158,9, portanto bastante superior ao registado no ACES Guimarães e à projecção nacional continental calculada, de 118,1.

Índices Demográficos

ÍNDICES DEMOGRÁFICOS, 2008

Local de Residência	Índices de Dependência		Índice de Envelhecimento
	Jovens	Idosos	
Continente	22,6	26,7	118,1
Região Norte	22,6	22,5	99,3
ACES Porto	19,6	31,2	158,9

Fonte: INE

Figura 2: Índices Demográficos ACES Porto. Ano 2008. Fonte INE

Relativamente ao tipo de consultas efectuadas nos dois meios, a consulta programada tem uma representação muito mais marcada do que a consulta aberta, o que pode ser justificado pelo facto de cada médico ter, no seu horário, apenas uma hora por dia, disponível para a consulta aberta, sendo todas as restantes reservadas para a consulta programada.

Nos motivos de consulta verificou-se um predomínio da Consulta Geral e Inespecífica em que os utentes recorreram mais para uma consulta de rotina. A patologia musculoesquelética (15,65% MU e 10,67% MR) assumiu também uma posição relevante (sendo a queixa principal localizada à região lombar). A Patologia Respiratória Superior (11,56% MU; 8,67% MR) mostrou-se o 3º motivo de consulta mais frequente.

Num estudo realizado numa consulta de clínica geral do nosso país, às IRS (Infecção Respiratória Superior) foram atribuídos 15,7% dos novos episódios de problemas de saúde.³ Segundo informação retirada dessa mesma fonte, as IRS são responsáveis, em diferentes estudos (mesmo com variações sazonais) por 11 a 33% de todas as consultas. No estudo da consulta que efectuei, registou-se uma prevalência de 8,67% no MR e 11,56% no MU. Estes valores mostram-se próximos dos valores mínimos registados pelo estudo citado.

Quanto às consultas de vigilância, a consulta de DM e HTA assumem um papel muito importante, assumindo-se no MU como principais causas de consulta de vigilância, provavelmente pela sua cronicidade e maior prevalência dentro dos grupos de risco.

Da análise dos Problemas Activos dos utentes, é notória a liderança dos problemas cardiovasculares em ambos os meios, sendo seguida pelos problemas endocrinológicos que assumem o segundo lugar. À cabeça regista-se a HTA, com uma prevalência de 25,51%, no MU e 18,44%, no MR. O estudo VALSIM⁴, que estudou a HTA e a sua prevalência nos CSP, revelou que em Portugal continental e nas regiões autónomas existe uma prevalência de 41,62% de utentes hipertensos na região Norte.

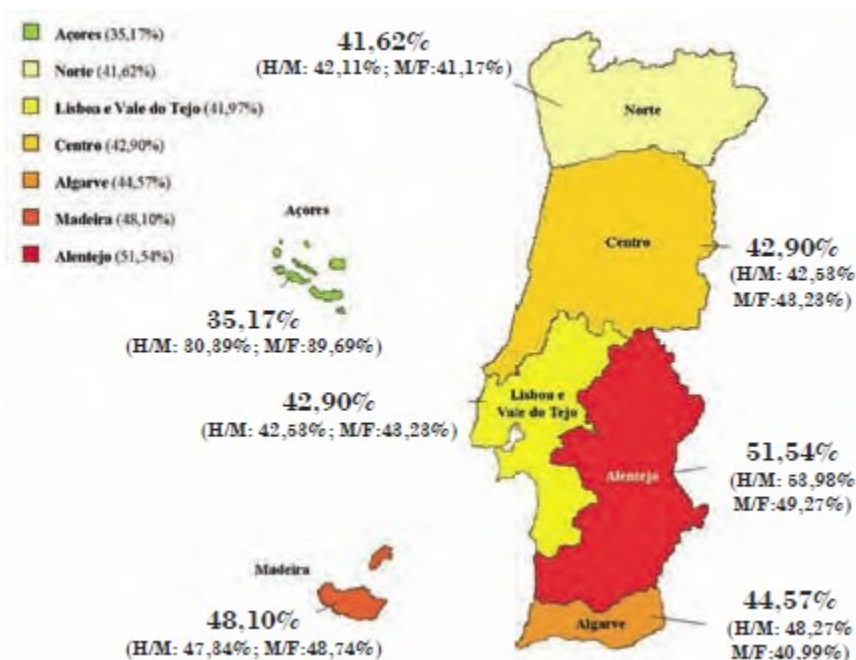


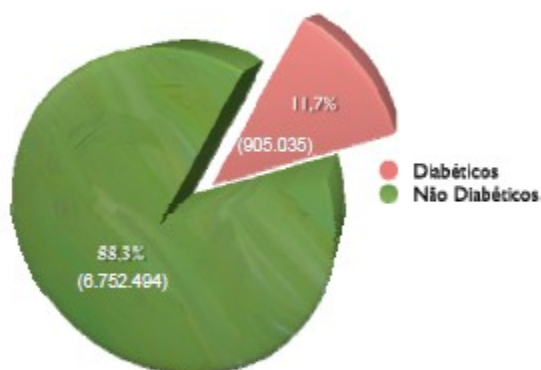
Figura 3: Mapa de prevalência de hipertensão arterial, ajustada à estrutura demográfica de cada região de residência (prevalência global e por sexo). Adaptado do estudo Valsim.

Estes dados revelam que quase metade da população de Portugal Continental sofre de HTA. Pela análise dos resultados obtidos no MR e MU, a prevalência de HTA mostra-se muito inferior, 25,51% no MU e 18,44% no MR, o que poderá traduzir um subdiagnóstico da mesma nas listas do MU e MR. Os CSP assumem, por certo, um papel muito importante na prevenção primária da HTA.

A DM aparece como o principal problema endocrinológico, com uma prevalência de 14,29% no MU e 12,06% no MR. A prevalência registada para a DM, não assume valores muito díspares, do MU em relação ao MR. No entanto, os resultados da prevalência de DM revelaram-se superiores no que diz respeito aos dados divulgados pelo estudo PREVADIAB 2009⁵, que mostraram uma prevalência de 11,7% de diabéticos em Portugal.

Prevalência da Diabetes em Portugal 2009

Padronizada



PREVADIAB 2009

Estudo Prevalência
Diabetes Portugal

Figura 4: Prevalência de DM em Portugal. Adaptado do estudo PREVADIAB 2009.

Assim, a realidade individual destas Unidades de Saúde, apesar de se encontrarem em meios diferentes, não diferem consideravelmente entre si, mas distanciam-se ligeiramente dos dados estatísticos nacionais para a DM. No entanto, devo referir que a amostra do meu estudo não é expressiva, na medida em que é muito reduzida comparativamente com a amostra do estudo PREVADIAB 2009.

CONCLUSÃO

Dos objectivos a que me propus todos eles foram cumpridos.

Com o estágio em MC, tive a possibilidade única durante o Mestrado Integrado em Medicina, de contactar com a realidade da MGF. Pude ainda compreender a importância da Medicina Preventiva.

Do estudo da consulta que realizei verifiquei que não existiu grande discrepância entre os dois meios, sendo os seus métodos de consulta e organização estrutural relativamente semelhantes.

Enquanto aluna de Medicina senti muita facilidade em lidar com os utentes que, por sua vez, nunca demonstraram insatisfação ou insegurança por serem muitas vezes observados por mim em detrimento do seu MF habitual (apesar deste estar presente em todas as consultas). Senti também muita acessibilidade por parte de todos os funcionários com quem contactei.

Tive apenas algumas dificuldades na obtenção dos dados da caracterização da USFR, tendo sido da minha responsabilidade a caracterização de todo o espaço físico da USF.

Do ponto de vista pessoal e profissional, saio deste estágio enriquecida e cativada pela MGF.

BIBLIOGRAFIA

[1] Hespanhol A, Malheiro A, Pinto AS. O Projecto “Tubo de Ensaio”. Breve história do Centro de Saúde São João. Rev Port Clin Geral 2002; 18: 177-86.

[2] ARS Norte. Carta de compromisso – Unidade Saúde Familiar Ronfe Modelo B. Disponível em <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAdos/Ficheiros/Cuidados%20Saude%20Primarios/Modelo%20B/Carta%20de%20Compromisso%20-%20USF%20Ronfe.pdf>.

[3] Silva FS. Infecções agudas das vias respiratórias superiores – estudo de novos episódios em clínica geral. Rev Port Clin Geral 1992; 9:258-65.

[4] Cortez-Dias N, Martins S, Belo A, Fiúza M. Prevalência e Padrões de Tratamento da Hipertensão Arterial nos Cuidados de Saúde Primários em Portugal, Resultados do Estudo VALSIM. Rev Port Cardiol 2009; 28 (5): 499-523. Disponível em <http://www.spc.pt/spc/pdfs/artigos/1064.pdf>.

[5] Sociedade Portuguesa de Diabetologia, DGS e Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal. Estudo da prevalência da Diabetes em Portugal (PREVADIAB). 2009. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/219DAD78-CD13-43CE-9221-42744B24176C/0/EstudoprevalenciaDiabetesemPortugal.pdf>.

APÊNDICE I

Caracterização da População

Actualmente o CSSJ, presta CSP a uma população de 20.000 utentes, sendo a cada médico atribuídos perto de 2000 utentes. A USFR assegura a prestação de cuidados de saúde primários a cerca de 19373 utentes.

Os gráficos seguintes reflectem comparativamente as pirâmides etárias do CSSJ e da USFR.

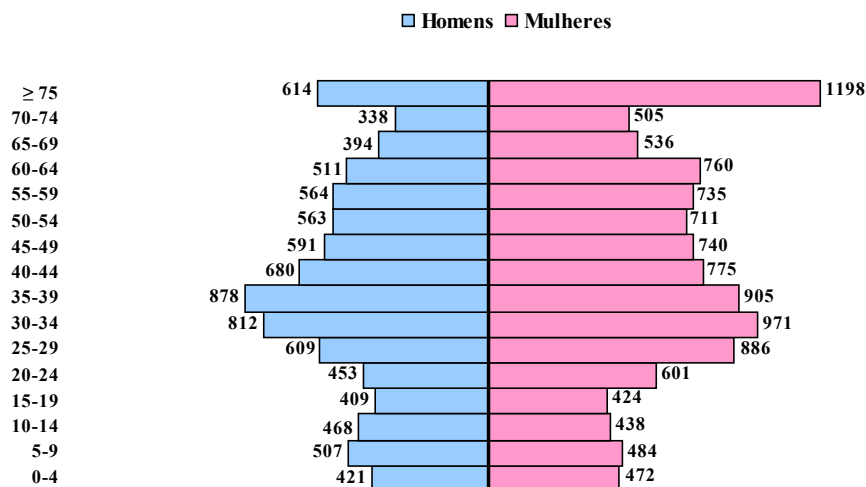


Gráfico 2 – Pirâmide etária dos utentes do CS de São João.

Índice de envelhecimento: 128,53.

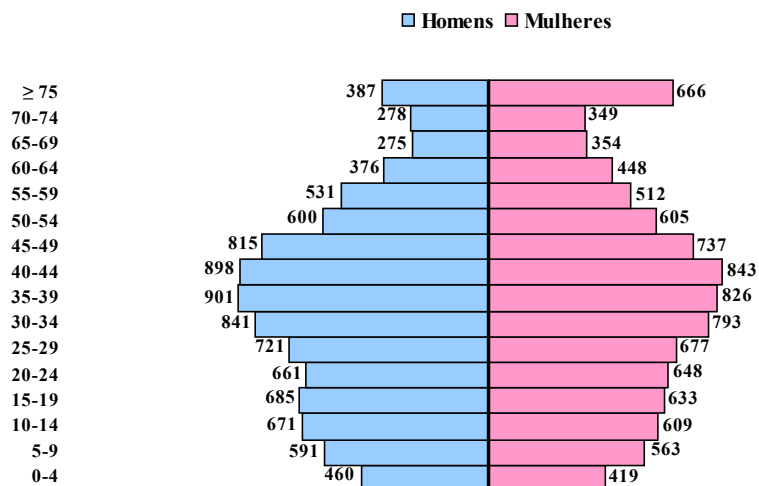


Gráfico 3– Pirâmide etária dos utentes da USF Ronfe.

Índice de envelhecimento: 69,70.


Pela análise da pirâmide etária dos utentes dos dois meios, verifica-se uma maior prevalência do sexo feminino. Estes dados são concordantes com os dados dos censos de 2001, da população residente, recenseada em Março de 2001, que revelou uma prevalência superior do sexo feminino de 51.7% comparativamente ao sexo masculino de 48.3% (Fig. 4).

Portugal	1991		2001	
		%		%
População residente	9 867 147	100,0	10 356 117	100,0
Homens	4 756 775	48,2	5 000 141	48,3
Mulheres	5 110 372	51,8	5 355 976	51,7
Relação de masculinidade	-	93,1	-	93,4
0-14 anos	1 972 403	20,0	1 656 602	16,0
15-24 anos	1 610 836	16,3	1 479 587	14,3
25-64 anos	4 941 164	50,1	5 526 435	53,4
65 ou + anos	1 342 744	13,6	1 693 493	16,4

Figura 5: Ilustração da estrutura da população residente, de 1991 a 2001. Adaptado de Censos 2001

Notou-se na pirâmide etária dos utentes vistos na USF Ronfe, uma população mais jovem, com Índice de envelhecimento: 69,70, comparativamente à pirâmide etária do CSSJ, que revelou um Índice de envelhecimento: 128,53.

Quando comparado o Índice de envelhecimento (que representa o quociente entre a população idosa (≥ 65 anos) e a população jovem (0 – 14 anos)) entre os dois meios e o Índice de envelhecimento para Portugal continental (104.5 de acordo com os Censos de 2001), constatou-se uma população mais envelhecida no CSSJ(inversamente à da USF Ronfe) mas próxima da realidade nacional (fig.4). No entanto, dados já revelados (nas figuras 1 e 2), constata-se que em 2008, Portugal continental revela um Índice de Envelhecimento superior ao registado em 2001 (118.1 e 104.5, respectivamente), o que patenteia este envelhecimento cada vez mais marcado da população portuguesa.

Local de residência (à data dos Censos 2001) 	Índice de envelhecimento (N.º) por Local de residência (à data dos Censos 2001); Decenal
	Período de referência dos dados
	2001
	N.º
Portugal	102,2
Continente	104,5
Região Autónoma dos Açores	60,4
Região Autónoma da Madeira	71,5

Índice de envelhecimento (N.º) por Local de residência (à data dos Censos 2001); Decenal - INE, Recenseamento da População e Habitação

Figura 6: Índice de envelhecimento (N.º) por Local de residência. Adaptado dos Censos 2001

Espaço Físico

O edifício onde se encontram presentemente as instalações do **CSSJ** foi, em tempos, uma extensão do CS da Carvalhosa, tendo sido remodelado e cedido pela ARS no âmbito do protocolo estabelecido com a FMUP.

Situado na freguesia de Cedofeita, localiza-se num edifício de quatro pisos dividido em gabinetes médicos, salas de enfermagem, sala de vigilância materno-infantil e planeamento familiar, sala onde se realiza electrocardiograma e MAPA, o gabinete do Conselho Directivo e uma sala de Reuniões/Biblioteca.

A **USFR** é constituída por dois pisos: no piso zero, encontra-se a sala de espera, duas salas de atendimento administrativo, uma sala de arrumação, seis salas de enfermagem (medição da Tensão arterial, Planeamento Familiar, Saúde Infantil, DM, aplicação de vacinas e injectáveis, sala de penso), uma casa-de-banho e um elevador. No piso um: existem oito salas médicas, uma sala de atendimento à gripe A (que agora é usada como sala de reuniões), uma sala de convívio para todos os profissionais da USF e uma casa-de-banho. Todas as salas médicas dispõem das melhores condições de trabalho, com espaço amplo, ar condicionado, uma marquesa, uma mesa ampla, várias cadeiras, uma balança, um otoscópio, um esfigmomanómetro, uma fita métrica, uma lanterna e estetoscópio.

Recursos Humanos

Relativamente aos recursos humanos, a comparação entre o MR e MU (**tabela 1**) permite verificar que os números diferem significativamente.

O **CSSJ** envolve um maior número de profissionais, algo justificável pela prestação de cuidados a uma população mais extensa. Actualmente participa na formação pré-graduada de alunos de Medicina do 2º e 6º ano e também de alunos de enfermagem. Participa também na formação pós-graduada de Internos de MGF (actualmente 7) e de Pediatria (actualmente 1).

A **USFR** está aberta à formação pré-graduada (alunos de Medicina) e pós-graduada (internos do ano comum e internos de MGF). Na altura do meu estágio constavam dois internos do ano comum, dois internos de MGF e uma aluna do quarto ano da FMUM.

	CSSJ	USFR
Médicos	10	8
Enfermeiros	16	12
Secretários Clínicos	6	5
Podologista	1	0
Psicólogos	2	0
Auxiliares de Acção Médica	2	4
Serviço de Atendimento à		
Gripe	Sim	Sim
Centro de Apoio Jovem	Sim	Não

Tabela 1 – Recursos Humanos do CSSJ e USFR.

Suportes de Informação Informáticos

Na tabela seguinte estão registados os programas informáticos usados:

CSSJ	USFR
SAM	SAM
SINUS	SINUS
SAPE	SAPE
Higia	
DiabCare	DiabCare
Alert P1	Alert P1

Tabela 2 – Programas informáticos utilizados no CSSJ e na USFR.

- **SAM (Sistema de Apoio ao Médico):** tem como base os dados do SINUS, mas como a própria designação indica é orientado para a actividade médica. Facilita muitas das actividades da consulta, nomeadamente no que respeita à prescrição de medicamentos, requisição de meios complementares de diagnóstico, prescrição de terapêutica e de incapacidade temporária para o trabalho, emissão de guias de tratamento e prescrição de terapia domiciliar. No entanto tem o inconveniente de poder desviar a atenção do médico para o computador em detrimento do utente. Este sistema de informação tem muitas outras funcionalidades que são uma mais valia na actividade assistencial do médico.
- **SINUS (Sistema de Informação para Unidades de Saúde):** constitui a base de dados informatizada do SNS. É basicamente utilizado pelo sector administrativo. Neste programa constam os dados de identificação individual e familiar dos utentes inscritos e os dados relativa à actividade assistencial realizada. É também utilizado para o agendamento informático das consultas.

- **SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem):** permite a informatização dos registos de enfermagem. Estes registos podem depois ser consultados pelos médicos através do SAM.
- **Higia:** permite o registo de dados num processo clínico informatizado, possibilitando o tratamento estatístico dos mesmos.
- **DiabCare:** permite a monitorização dos utentes diabéticos, segundo as normas estabelecidas na Declaração de *Saint Vincent*.
- **Alert PI:** utilizado para referenciar os utentes para os hospitais que têm em comum este sistema informático, nomeadamente o Centro Hospitalar do Porto e Hospital Magalhães Lemos, no que diz respeito ao CSSJ e para o Hospital da Senhora da Oliveira (Guimarães), relativamente à USFR.

APÊNDICE II

Reflexão sobre Interrupção Voluntária da Gravidez (a propósito de um caso clínico)

RMC, 16 anos, sexo feminino, filha de mãe surda, com quem vive e de quem se revela como principal suporte familiar.

Apresentou-se na consulta de planeamento familiar, com ar tímido e discreto, sorriso fácil e dócil, e com a atitude segura de um amadurecimento precoce, para os seus 16 anos. Estava motivada a adoptar um método contraceptivo de longa duração de acção. Foi-lhe sugerido o implante hormonal (Implanon®), que se adequava na perfeição para a sua situação actual, porque se reconhecia a sua indiligência para um método contraceptivo de toma diária, querendo evitar aquilo que seria uma segunda gravidez não desejada.

A menina revelou ter iniciado a coitarca aos 14 anos, tendo passado por uma interrupção voluntária da gravidez (IVG) recente, há poucos meses atrás. Não se alongou em detalhes, mas era evidente uma expressão triste no olhar que contrastava com a naturalidade e a harmonia de quem convive com esta realidade.

Naquele momento muitas questões me invadiram o pensamento: o conflito emocional de uma adolescente que decide interromper a sua gravidez; as limitações sociais, económicas, profissionais e emocionais de uma gravidez precoce e não desejada numa menina de 16 anos; o estigma social que ainda se faz sentir na IVG; que sequelas marcam a vida destas meninas, após uma IVG.

Mil e uma razões terão motivado esta jovem mãe na sua decisão. Poderia adivinhar algumas: falta de apoio familiar; imaturidade e falta de preparação para assumir a maternidade; dificuldades económicas; má aceitação familiar. Enfim... Podem ser todas estas razões que enumerei, ou nenhuma delas... Não questioneei a menina. Teve as suas razões para tomar esta decisão.

A adolescente (ao contrário da mulher adulta, que percebe a gravidez nos primeiros dias de atraso menstrual) muitas vezes demora a identificar os seus sintomas e a tendência é negá-los e achar que, com ela, uma gravidez indesejada nunca vai acontecer. A decisão de abortar é lenta, difícil, e por vezes parece ser algo que escapa das mãos da adolescente.

Com a nova lei do aborto¹ em Portugal, o aborto por opção da mulher pode ser realizado nas primeiras 10 semanas de gravidez, calculadas a partir da data da última menstruação, num estabelecimento de saúde autorizado. A mulher terá uma consulta obrigatória antes da IVG. No final desta consulta será entregue um impresso para consentimento livre e esclarecido que a utente deve ler e preencher. No dia da IVG deve entregá-lo ao médico que realizar a interrupção da gravidez. No entanto, se tiver menos de 16 anos, o impresso terá de ser assinado pela mãe, pai ou um representante legal.

Actualmente o aborto deixou de ser considerado crime e pode ser requerido por qualquer mulher, com direito ao anonimato.

De acordo com um estudo² realizado pela Associação para o Planeamento Familiar foi revelado que o aborto ocorre em mulheres de todas as idades e, tomando como indicador social o grau de instrução, acontece em mulheres de todas as condições sociais e sobretudo em mulheres casadas. Portanto o aborto não é um fenómeno que toca somente as mulheres mais jovens, sós e mais pobres.

Ainda de acordo com este estudo, os sentimentos referidos logo após a realização do aborto são diversos – alívio, dúvidas, culpa e outros sentimentos de tipo negativo. Mesmo assim, a grande maioria (cerca de 93%) das mulheres afirma que não ficou com problemas por ter realizado o aborto, o que contraria a ideia, por vezes apresentada, de que as mulheres que abortam ficam "traumatizadas para o resto da vida".

Por isso muitas mulheres recusam apoio psicológico após terem efectuado IVG. Não significa que estejam indiferentes à sua amarga realidade ou que considerem uma situação facilmente superável. Simplesmente, reserva-se-lhes o

direito de ultrapassarem a situação de acordo com a sua personalidade e maneira de estar na vida.

Este mesmo estudo revela também que a maior parte das mulheres (mais de 90%) que decide abortar, declara que foi uma decisão muito difícil, tendo muitas vezes sido bem ponderada.

Desta forma, considero vital o investimento na informação, passando pelo reforço da educação sexual nas escolas, pela quebra de “tabus” muitas vezes impostos pela religião, e pela sensibilização de todos, não apenas no preconceito (na sua abolição) mas também no apoio social, emocional, familiar (muitas vezes a principal causa do abortamento nas nossas adolescentes, pela sua rejeição) e psicológico para esta realidade tão presente na nossa sociedade.

Bibliografia:

[1] Exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez, Lei nº 16/2007 de 17 de Abril, Diário da República, 1ª série—Nº 75—17 de Abril de 2007, 2417-2418.

[2] Associação para o Planeamento da Família. A Situação do Aborto em Portugal: Práticas, Contextos e Problemas. Lisboa, 2007.

APÊNDICE III

O que é um Papanicolau?

O Papanicolau é um exame de rotina que consiste na recolha de uma pequena amostra de células do colo do útero, que posteriormente são encaminhadas para análise, para detecção de células anormais. Dura poucos minutos e não causa dor.



É o principal método de rastreio para o cancro do colo do útero. Cerca de 90% dos casos de cancro do colo do útero, podem ser prevenidos se as alterações celulares precoces forem detectadas e tratadas.

Sabia que...

- O uso do preservativo **NÃO PROTEGE** completamente contra a transmissão do HPV, embora permita diminuir o risco de infecção.



- Frequentemente, o primeiro sinal de alerta é uma perda hemorrágica por via vaginal ou uma ulceração cervical detectada no exame ginecológico. Esteja atenta...



Quem precisa fazer um Papanicolau?

- Recomenda-se a sua realização às mulheres entre os 25 e os 60 anos de idade, que já tenham iniciado actividade sexual.



- No entanto, o(a) seu(sua) médico(a) poderá sugerir-lhe a sua realização um pouco antes dos 25 e/ou um pouco depois dos 60, em função do seu risco.

- A idade da primeira relação sexual, é um dos factores mais importantes, principalmente se esta tiver ocorrido antes

dos 18 anos. Um dos factores mais consistentemente associados a alto risco de infecção pelo HPV, é a existência de múltiplos parceiros sexuais.

Dúvidas frequentes...



- Já passei a menopausa. Será que ainda preciso de fazer o Papanicolau?

Sim, ainda precisa. Fale com o seu médico.

- Fiz uma histerectomia (remoção do útero). Ainda preciso de fazer o Papanicolau?

Podem precisar de continuar a fazer. Consulte o seu médico(a).

- Notei um corrimento de sangue fora do comum (anormal)

Se tiver um corrimento de sangue ou doutro tipo, fora do comum, consulte o seu médico(a) o mais breve possível.

Tutora: Dr.ª Maria Graça Veiga
Autor: Sílvia Jesus de Sousa Oliveira (6º ano - turma 1)
CS São João, Janeiro 2010



Faça o seu Papanicolau

Evite o cancro do colo do útero

HISTÓRIA CLÍNICA



Medicina Comunitária – Valência Rural
Centro de Saúde Ronfe

Orientador: Dr. António Miguelote

Aluna: Sílvia Jesus Sousa Oliveira – 6º ano/Turma 1

IDENTIFICAÇÃO DO ELEMENTO – ALVO

- **Nome:** MGC
- **Sexo:** masculino
- **Idade:** 86 anos
- **Raça:** caucasiana
- **Profissão:** reformado
- **Naturalidade:** Ronfe
- **Residência:** Ronfe
- **Estado civil:** casado
- **Religião:** católica

- **Fonte da informação:** o próprio doente. Informação credível. Dados recolhidos no consultório do Centro de Saúde.

- **Local de colheita da informação:** Centro de Saúde de Ronfe.

- **Data:** 8 de Fevereiro de 2010.

ANTECEDENTES PESSOAIS

- ❖ **Doenças da infância:** Nega varicela, Sarampo, Papeira. Desconhece outras doenças.
- ❖ **Doenças crónicas:** Hemocromatose, Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertensão Arterial, Fibrilação Auricular sendo hipocoagulado.
- ❖ **Doenças anteriores:** Pancreatite Aguda e Edema Agudo do Pulmão.
- ❖ **Cirurgias:** Sem história de cirurgias até à data.
- ❖ **Internamentos:** Esteve internado há 3 anos, por Edema Agudo do Pulmão.
- ❖ Sem antecedentes de acidentes e/ou traumatismos.
- ❖ Sem antecedentes de transfusões sanguíneas
- ❖ Sem alergias medicamentosas ou outras.

CUIDADOS DE SAÚDE HABITUAIS

- ❖ **Hábitos alimentares:** dieta pouco diversificada; alimentação baseada essencialmente em sopa, leite e fruta. Come pouca carne e peixe. Sem restrições de sal e açúcar.
- ❖ **Água:** canalizada. Compra água para consumo.
- ❖ **Hábitos alcoólicos:** 1 copo de vinho verde ocasionalmente à refeição.
- ❖ **Hábitos tabágicos:** Nunca fumou.
- ❖ **Estilo de vida:** Inactivo. Caminha ocasionalmente, mas encontra-se mais por casa.
- ❖ **Exercício:** não realiza nenhum tipo de exercício físico.
- ❖ **Sono:** refere dormir bem, apesar de ter um sono entrecortado, mas dorme cerca de 8h por dia.

MEDICAÇÃO HABITUAL

- Assieme® 160 µg
- Zarator® 10 mg
- Risidon® 1000 mg
- Lasix® 40 mg
- Lanoxin® 0.125 mg
- Alopurinol® 300 mg
- Zestoretic® 20 mg

GRUPO SANGUÍNEO E VACINAÇÃO

- ❖ O Rh+
- ❖ Plano Nacional de Vacinação actualizado.
- ❖ Costuma fazer vacina anti-gripal.

ANTECEDENTES FAMILIARES

Mãe – falecimento aos 81 anos por AVC. Tinha antecedentes de HTA.

Pai – falecimento aos 82 anos por acidente de carro. Antecedentes de demência que não sabe especificar.

Irmãos – um irmão e cinco irmãs. A irmã mais velha faleceu com Neoplasia nos pulmões, aos 71 anos. Desconhece antecedentes dos irmãos.

BIOPATOLOGIA

O Sr. Manuel nasceu no dia 25 de Abril de 1924. É o segundo de um total de 6 filhos.

Frequentou a escola primária, até à 4ª classe. Foi trabalhar aos 14 anos de idade, na profissão de carpinteiro, que exerceu até ser reformado. Emigrou para África do Sul em 1962 e manteve a mesma profissão. Casou-se aos 30 anos e a sua esposa tinha 21 anos. Teve quatro filhas, tendo a mais velha 54 anos e a mais nova 41 anos. São todas saudáveis e estão todas na África do Sul. Não teve grande proximidade com os pais, tendo eles falecido enquanto estava na África do Sul, não tendo vindo ao seu funeral. Mantém relações superficiais com as filhas também, estando em Portugal há nove anos “porque já estava reformado e queria morrer na terra dele, cá em Portugal”- SIC.

Foi-lhe diagnosticada diabetes há 20 anos, na África do Sul e a Hemocromatose há 25 anos. Foi diagnosticada FA, há 4 anos, estando hipocoagulado desde essa altura.

Mostra-se bem esclarecido em relação às suas doenças, adere bem à terapêutica, mas reage com indiferença quando questionado sobre as implicações e mudanças que causaram na sua rotina.

Não refere acontecimentos marcantes na sua vida a não ser o nascimento das filhas. Mostra-se uma pessoa independente, referindo o bem-estar próprio uma das coisas que mais o preocupa, procurando assim, orientar a sua rotina e a da esposa em função de si. Prefere estar sozinho em casa, a estar com as suas filhas, uma vez que as aponta como distantes e desinteressadas, situação que não o preocupa porque o “sentimento é recíproco” –SIC. Sente-se triste, porque estas se encontram muito bem sucedidas financeiramente e não lhe conferem mais apoio nesse sentido.

Refere mau relacionamento com os irmãos, uma vez que a esposa se trata de uma pessoa muito conflituosa e se assume como a responsável por essa situação. Não se

mostra motivado em reforçar laços familiares, uma vez que a sua família lhe parece “muito invejosa”- SIC.

Actualmente as suas principais preocupações prendem-se com o seu emagrecimento recente, que associa à falta de variedade alimentar da sua dieta. Veio à consulta de Rotina para aconselhamento para um novo plano alimentar e para mostrar análises de controlo da sua diabetes, revelando a Glicose em jejum dentro dos parâmetros normais e a HbA1c inferior a 7.

CARACTERIZAÇÃO FAMILIAR

CARACTERIZAÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR:

Nome	Parentesco	Idade
Manuel	Elemento-alvo	86 anos
MGT	Esposa	76 anos

ESTUDO DA HABITAÇÃO (informação obtida através do doente):

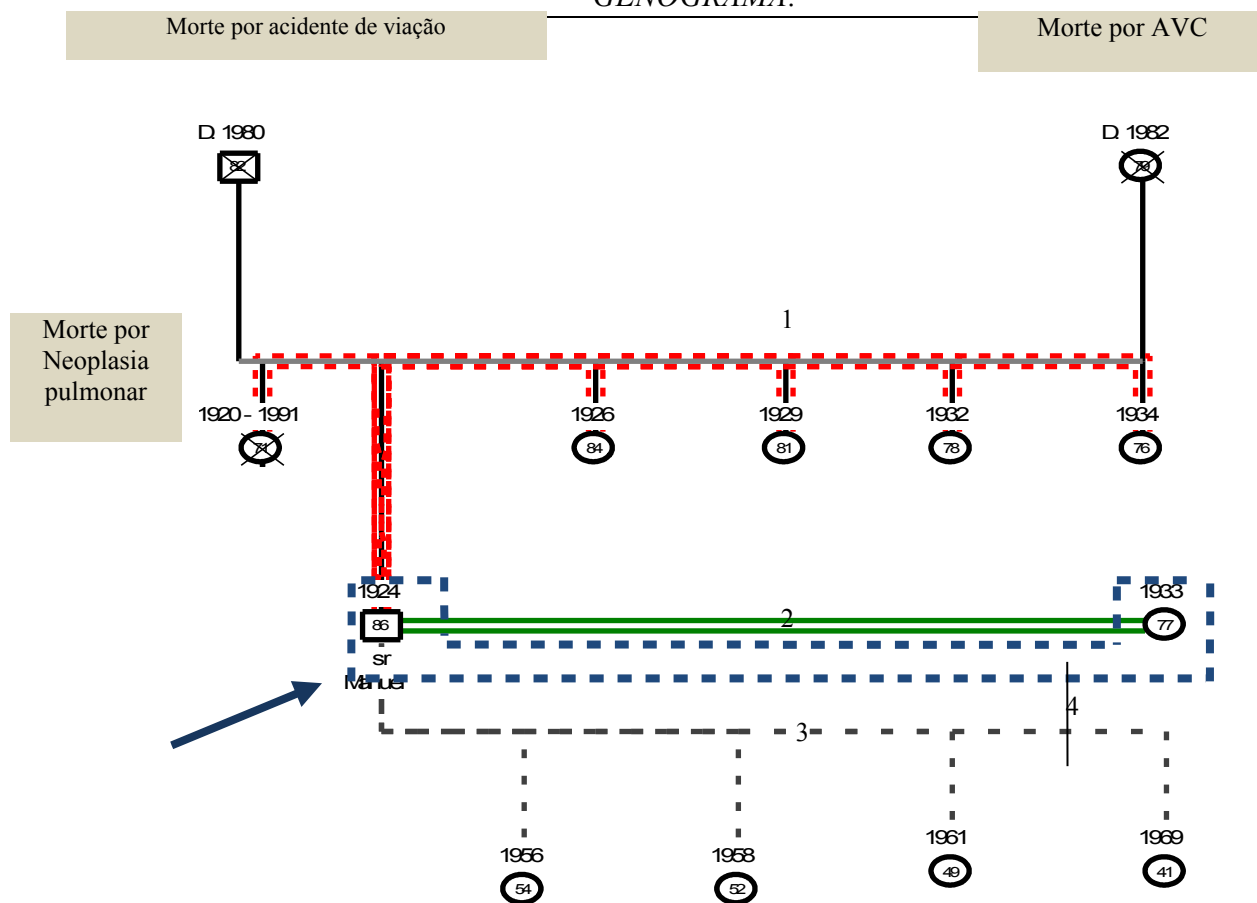
- ❖ Meio rural, com várias casas, com condições habitacionais adequadas.
- ❖ Ambiente relativamente despoluído, com tráfego moderado.
- ❖ Casa própria.
- ❖ Com electricidade.
- ❖ Água canalizada, porém a água que consome é comprada em hipermercados.
- ❖ Com aquecimento.
- ❖ Várias divisões: 2 quartos, 2 casas de banho, sala , cozinha, garagem e jardim.

BIOPATOLOGIA/LINHA DE VIDA DE MEDALIE:

ETAPA/CRISE	DATA	SÍNDROMA
Nascimento	1924	
Início de actividade laboral	1938	Dificuldades económicas
Casamento	1954	
Nascimento da primeira filha	1956	Indiferença
Emigração para África do Sul	1962	Ansiedade
Ausência de relacionamento com os irmãos.	Desde 2006	Indiferença
Diagnóstico de Hemocromatose	1985	
Diagnóstico de DM tipo 2	1990	
Diagnóstico de FA	2006	
Relacionamento distante com as filhas	±1999	

De acordo com a escala social de Graffard, é uma família que se pode classificar como classe média, classe III, de Graffard.

GENOGRAMA:



Legenda:

Homem

Mulher

Data de falecimento. Idade no momento da morte

D. 1982

Data de falecimento. Idade no momento da morte

1924

Data de nascimento

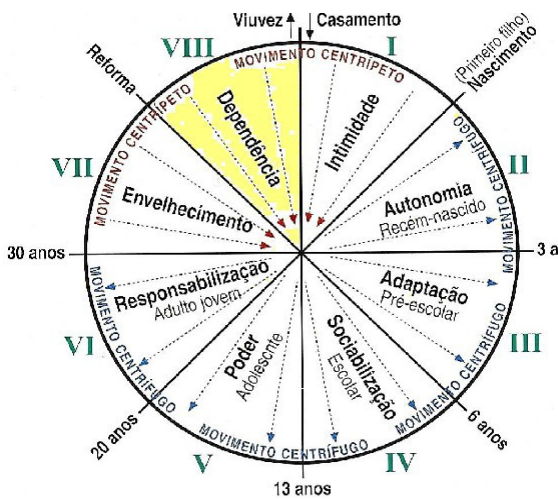
Elemento em estudo

Agregado Familiar

- 2-Relação de discórdia/ conflito
- 3-Relação de proximidade/ afecto
- 4-Relação de distância

CICLO DE VIDA FAMILIAR DE DUVALL:

Esta é uma família com progenitores na 3ª idade, de acordo com a avaliação do ciclo de vida de Duvall, no estadio VIII.



- Estádio I** – família sem filhos
- Estádio II** – família com filhos nascidos há pouco (filho mais velho nascido há menos de 30 meses)
- Estádio III** – família com filhos nascidos em idade pré-escolar (filho mais velho entre os 30 meses e 6 anos)
- Estádio IV** – família com filhos nascidos em idade escolar (filho mais velho entre os 6 e os 13 anos)
- Estádio V** – família com filhos adolescentes (filho mais velho entre os 13 e os 20 anos)
- Estádio VI** – família com filhos adultos jovens a sair de casa (desde o 1º que saiu até à saída do último)
- Estádio VII** – progenitores na meia-idade (desde o “ninho vazio até à reforma”)

AVALIAÇÃO DO RISCO FAMILIAR:

Através da avaliação do risco familiar segundo o modelo de Garcia-Gonzalez, podemos verificar que esta família apresenta um factor de risco – “Famílias que, pelos seus antecedentes, estejam sujeitas a um risco mais elevado de padecer de determinado tipo de doenças embora essas não estejam presentes na actualidade” – o que corresponde a 1 ponto. Assim sendo, esta família é considerada como sendo de baixo risco (avaliação inferior a 2 pontos).

ESTUDO DAS RELAÇÕES INTERFAMILIARES SEGUNDO A PERCEPÇÃO DO ELEMENTO-ALVO

APGAR FAMILIAR DE SMILKSTEIN:

O Apgar familiar permite avaliar a percepção que o indivíduo tem do funcionamento da sua família. Reflete o grau de satisfação em múltiplos aspectos relacionados com a experiência vivencial no seio familiar e a forma como esta promove o crescimento pessoal do indivíduo em causa. Neste questionário entende-se como família o(s) indivíduo(s) com quem o doente habitualmente vive.

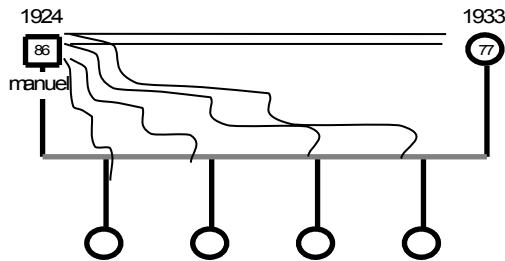
FUNÇÕES DA FAMÍLIA	GRAU DE SATISFAÇÃO	QUASE SEMPRE	ALGUMAS VEZES	NUNCA	PONTOS
ADAPTAÇÃO	<i>Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família sempre que alguma coisa me preocupa.</i>		x		1
RELAÇÃO	<i>Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e compartilha comigo a solução do problema.</i>			x	0
CRESCIMENTO	<i>Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida.</i>		x		1
AFECTO	<i>Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.</i>		x		1
DECISÃO	<i>Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.</i>		X		1
TOTAL					4
FAMÍLIA COM DISFUNÇÃO MODERADA					

De acordo com este instrumento de avaliação familiar, esta é uma família com disfunção moderada (4 pontos).

Sendo assim, esta família apresenta uma relação escassa entre a maioria dos seus membros, havendo divisões familiares ainda não superadas e distanciamentos emocionais ainda não ultrapassados.

PSICOFIGURA DE MITCHELL:

Este é um instrumento que permite avaliar as relações inter-familiares do agregado familiar do elemento-alvo em estudo, através de uma representação gráfica efectuada pelo doente.



Legenda:

Relação boa: —————

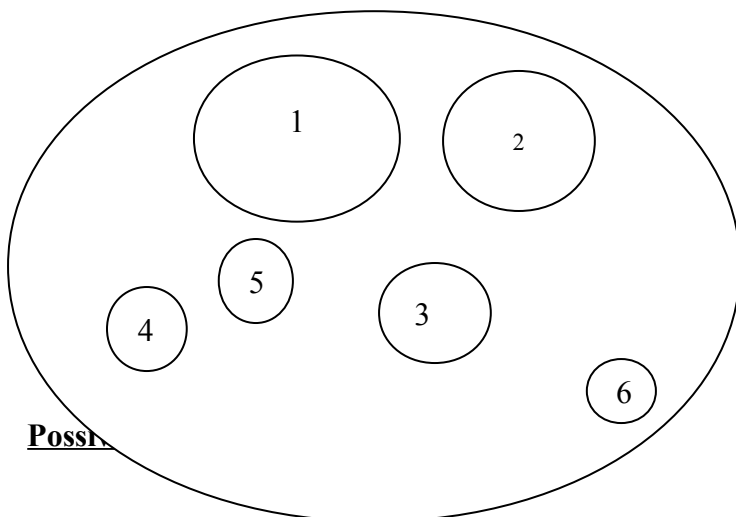
Relação distante: ~~~~~~

Da análise da psicofigura podemos verificar que o sr Manuel apresenta uma boa relação com a sua esposa, mas distante em relação às suas quatro filhas.

CÍRCULO FAMILIAR DE THROWER:

É a representação gráfica do valor que têm, para o indivíduo, as pessoas (familiares, amigos) e ainda alguns objectos e seres que lhe são próximos.

O entrevistador desenha um círculo grande que representa a família e pede ao indivíduo para desenhar círculos menores que representem a sua própria pessoa e os diferentes membros da família e, se necessário, outros objectos que tenham importância vital no sistema.



Possibi

Legenda:

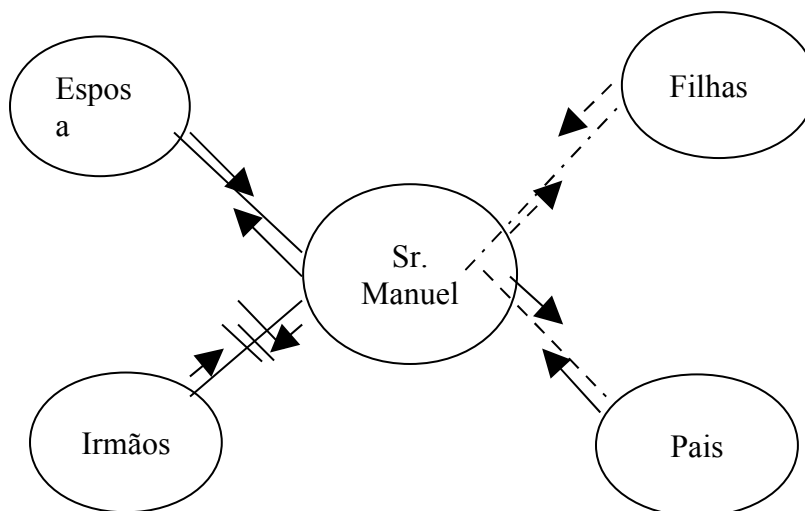
1. Sr Manuel
2. Esposa
3. Filhas
4. Pai (falecido)
5. Mãe (falecida)
6. Irmãos

Da análise do círculo familiar de *Thrower* verifica-se que neste momento, o Sr. Manuel ocupa uma posição central na sua família, sendo os seus problemas de saúde e o seu bem-estar, a sua principal preocupação. Demonstrou algum desconforto, quando solicitado a construir este diagrama, tendo feito duas correcções, antes da entrega do modelo definitivo. O primeiro círculo que desenhou foi o seu e o segundo o da sua esposa, em todos os pré-modelos, podendo significar que a sua melhor relação e a que tem um lugar mais importante e inequívoco na sua vida será a que mantém com a sua esposa. É de notar, que o círculo mais pequeno que desenhou foi sempre o dos irmãos, com quem mantém uma relação conflituosa. O terceiro círculo, referido às filhas, foi desenhado em menor dimensão que o da esposa, apenas no último modelo, tendo nos dois anteriores, uma dimensão quase semelhante ao da esposa, denunciando possivelmente o conflito emocional, relativamente à grande importância que estas terão na sua vida a contrastar com a relação distante que mantém com elas. O senhor Manuel, desenha-se a si mesmo numa posição superior e mais evidente, em relação aos restantes círculos que representam a sua família, o que poderá significar na minha interpretação, que este se vê como o elemento fundamental desta família, assumindo um papel mais evidente e importante em relação aos restantes elementos, colocando as filhas numa posição um pouco inferior, mas próximo do seu círculo, tal como a esposa. A esposa será, o elemento que assume o papel mais importante a seguir ao seu tanto no seio familiar como na sua vida, sendo a posição dos pais e dos irmãos a menos importante no seu círculo familiar, tendo as menores dimensões, estando mais afastados do seu círculo e tendo sido as últimas a ser acrescentadas. Considero importante referir que no primeiro modelo desenhado pelo Sr. Manuel, os pais não foram incluídos, nem a sua irmã mais velha, possivelmente por já terem falecido. Apenas no segundo modelo, foram incluídos, porque eu própria lhe referi que poderia incluir todo e qualquer elemento que considerasse importante, incluindo amigos ou animais de estimação. Assim, o senhor Manuel rejeitou de imediato o seu primeiro esquema e desenhou um segundo, incluindo-os no último. Ao elaborar o segundo modelo, demonstrou alguma confusão em relação aos tamanhos dos círculos e à sua posição tendo então decidido que faria um terceiro e definitivo, que representei acima.

Neste modelo definitivo, colocou a mãe mais próximo do seu círculo, do que o pai, apesar de manterem um tamanho semelhante, o que poderá significar uma maior proximidade com ela, em relação ao pai. Em forma de conclusão, poder-se-á concluir

que a esposa desempenha neste momento o papel mais importante na vida do Sr. Manuel, sendo os irmãos os elementos familiares mais distantes e em quem mantém pior relação.

MAPA ECOLÓGICO:



Legenda:

Relação forte: ————

Relação conflituosa – stress major: —//—

Relação fraca: - - -

ESCALA DE READAPTAÇÃO SOCIAL DE HOLMES E RAHE:

A escala de readaptação de *Holmes e Rahe* permite que a partir da valorização de determinadas situações de crise se possa, de forma sumária avaliar as dificuldades a que um indivíduo ou família estiveram sujeitos e determinar a probabilidade de aquele vir a desenvolver uma doença psicossomática. A cada evento de vida é atribuída uma pontuação. No caso de o indivíduo acumular mais de 300 pontos, terá 80% de probabilidade de sofrer de alguma doença física ou psíquica; entre 200 e 300 pontos, este risco diminui para 50%, e entre 150 e 200 pontos mantém-se um risco aumentado para desenvolvimento de úlcera péptica, enfarte agudo do miocárdio, infecções e perturbações psiquiátricas.

Aplicando esta escala, os acontecimentos valorizáveis no último ano são: alterações dos hábitos pessoais (24 pontos), uma vez que o sr Manuel refere ter-se tornado mais sedentário, mudanças nos hábitos alimentares (15 pontos), mudança nos hábitos de sono (16 pontos) (dorme mais durante o dia e menos durante a noite), Natal (12 pontos), férias (13 pontos). Desta forma podemos concluir que o sr Manuel tem uma probabilidade diminuída de desenvolver doença psicossomática, uma vez que perfaz um total de 88 pontos.

NOTAS DE SEGUIMENTO SEGUNDO O MÉTODO DE WEED

EXAME SUBJECTIVO (S)

No dia de colheita da história clínica, o doente foi propositadamente ao Centro de Saúde, num dia combinado, com disponibilidade para colaborar na realização desta história clínica. Referiu sentir-se triste preocupado com o seu baixo peso e a sua anorexia recente.

EXAME OBJECTIVO (O)

- Doente colaborante, orientado no espaço e no tempo.
- Aspecto físico bem cuidado. Bom estado geral.
- Idade aparente não coincidente com a idade real; aparenta ser mais novo.
- Biótipo longilíneo. Fácies incharacterístico.
- Pele e mucosas coradas e hidratadas. Escleróticas anictéricas.

- **Sinais vitais:**
 - **Frequência Cardíaca** – 76 b.p.m. (medição no pulso radial direito, sentado); pulso rítmico, regular, amplo e simétrico.
 - **Frequência Respiratória** – 18 c.p.m.; movimentos amplos e simétricos, com relação inspiração/expiração preservada.
 - **Pressão Arterial** – 140/85 mmHg.

- **Temperatura axilar** – 37,1 C.
- Dados antropométricos: Peso: 68.5 kg; Altura: 1,82 m; IMC: 20,68 kg/m²
- Auscultação cardíaca: S1 e S2 presentes. Ritmo irregular. Sem sopros identificados.
- Auscultação pulmonar: murmúrio vesicular presente bilateralmente, simétrico. Sem ruídos adventícios.
- **Abdómen:**
 - Inspecção: não globoso; sem circulação venosa colateral visível; sem peristaltismo visível; sem massas ou hérnias visíveis. Cicatriz umbilical de implantação normal.
 - Auscultação: ruídos hidro-aéreos presentes de amplitude e frequência normais.
 - Palpação: mole e depressível; dor à palpação superficial na área peri-umbilical esquerda; baço e fígado não palpáveis; sem tumefacções palpáveis.
 - Percussão: timpanismo.
- **Membros superiores:**
 - Configuração normal, simétricos, sem deformidades.
 - Mobilidades passiva e activa preservadas e não dolorosas.
 - Sem sinais inflamatórios associados ou edema.
- **Membros inferiores:**
 - Configuração normal, simétricos, sem deformidades.
 - Mobilidades passiva e activa preservadas.

- Sem sinais inflamatórios ou edema.
 - Pulsos tibiais posteriores e pediosos presentes, amplos, simétricos, rítmicos e regulares.
 - Sensibilidades térmica e táctil preservadas bilateralmente e sem diferenças notadas à esquerda ou à direita.
 - Ausência de alterações tróficas das unhas.
- **Exame neurológico sumário sem alterações.**

LISTA DE PROBLEMAS

ACTIVOS	PASSIVOS
1. 1985 – Diagnóstico de Hemocromatose	1. 2006 – Má relação com os irmãos 2. 1999 – Relação distante com as filhas
2. 1990 – Diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2.	
3. 2006 – Diagnóstico de FA.	

PLANO

- Prescrição de estudo analítico: hemograma, bioquímica (HbA1c e glicose em jejum), perfil hepático e perfil lipídico.
- Adequação de uma dieta alimentar ao estilo de vida do doente.

TERAPÊUTICA

Foi prescrita terapêutica crónica, que já foi acima descrita e foram promovidas medidas higieno-dietéticas para melhorar hábitos alimentares e promover o exercício físico.

EPICRISE/COMENTÁRIO

O Sr. Manuel tem 84 anos, é casado, tem 4 filhas e é reformado.

É um doente com Hemocromatose, Diabetes Mellitus tipo 2, HTA e Fibrilação Auricular.

Está inserido numa família que se encontra no estágio VIII do ciclo de vida familiar de *Duvall*, pertencente à classe III/média de *Graffar*, moderadamente funcional segundo *Smilkstein*, de baixo risco segundo *Garcia-Gonzalez* e com probabilidade diminuída de desenvolver doença segundo o modelo de readaptação de *Holmes e Rahe*. Da análise da psicofigura de *Mitchell* e do círculo de *Thrower*, podemos verificar que o sr Manuel tem uma boa relação com a sua esposa, mas distante com as suas 4 filhas e até conflituosa com os seus irmãos.

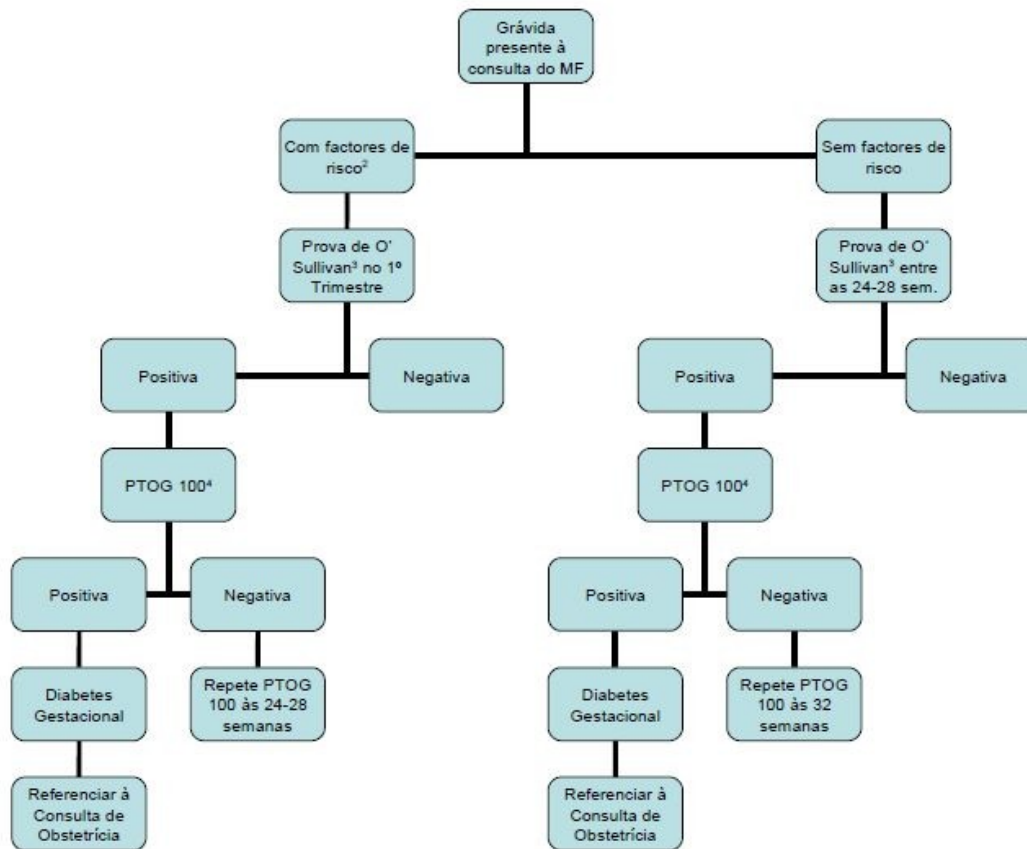
Os seus pais terão falecido enquanto estava na África do Sul, onde esteve emigrado desde 1962. O pai faleceu num acidente de viação e a mãe de AVC. Teve também uma irmã que faleceu com Neoplasia pulmonar.

Actualmente, o Sr. Manuel mantém as suas doenças crónicas bem controladas, revelando preocupação com a sua anorexia e a sua diminuição de peso. Mostra-se sedentário e isolado no seu ambiente familiar, sendo a sua única relação próxima, a da sua esposa.

Após a avaliação desta família, é de minha opinião, que apesar de ser uma família em que o agregado familiar é funcional, estável e mantém um relacionamento razoável, apesar de distante, entre os seus membros.

APÊNDICE V

Rastreo de Diabetes Gestacional¹



¹ Não se deve efectuar o rastreio quando a glicemia plasmática em jejum for ≥ 126 mg/dL ou ≥ 200 mg/dL em qualquer hora, porque, neste caso, a grávida já se classifica como diabética.

² **Factores de risco de Diabetes Gestacional:**

- Idade ≥ 35 anos
- Obesidade (IMC ≥ 30)
- Multiparidade (≥ 4 partos)
- Nado-morto ou morte perinatal anterior, de causa não esclarecida
- Antecedentes de diabetes gestacional
- Antecedentes de macrossomia fetal (peso ≥ 4000 g)
- ≥ 2 abortamentos espontâneos

³ **Prova de O' Sullivan:**

Determinação de glicemia, 2h após ingestão de 50 g de glicose em 2 dL de água. Se glicemia > 140 mg/dL a prova é considerada positiva

⁴ **PTOG 100:**

- Prova de Tolerância Oral à Glicose com 100 g de glicose em 4 dL de água.
- Determinação de glicemia às 0h, 1h, 2h e 3h.

- 0h ≥ 95 mg/dL
- 1h ≥ 180 mg/dL
- 2h ≥ 155 mg/dL
- 3h ≥ 140 mg/dL

• Se ≥ 2 valores alterados a prova é considerada positiva

Bibliografia:

Ayres de Campos D, Montenegro N, Rodrigues T. Protocolos de Medicina Materno-Fetal – 2ª edição. Lisboa, 2008.
Direção-Geral da Saúde. Diabetes e Gravidez. Circular Normativa Nº. 8/DGCG de 4/11/98

APÊNDICE VI

Estudo da Consulta/Análise dos Resultados

Para o estudo da consulta optei por criar um ficheiro informático no programa *Microsoft Excel* que designei “Estudo_Consulta”. Nesta base de dados registei o número, tipo de consultas e respectiva codificação pela ICPC-2, realizadas durante a disciplina de Medicina Comunitária.

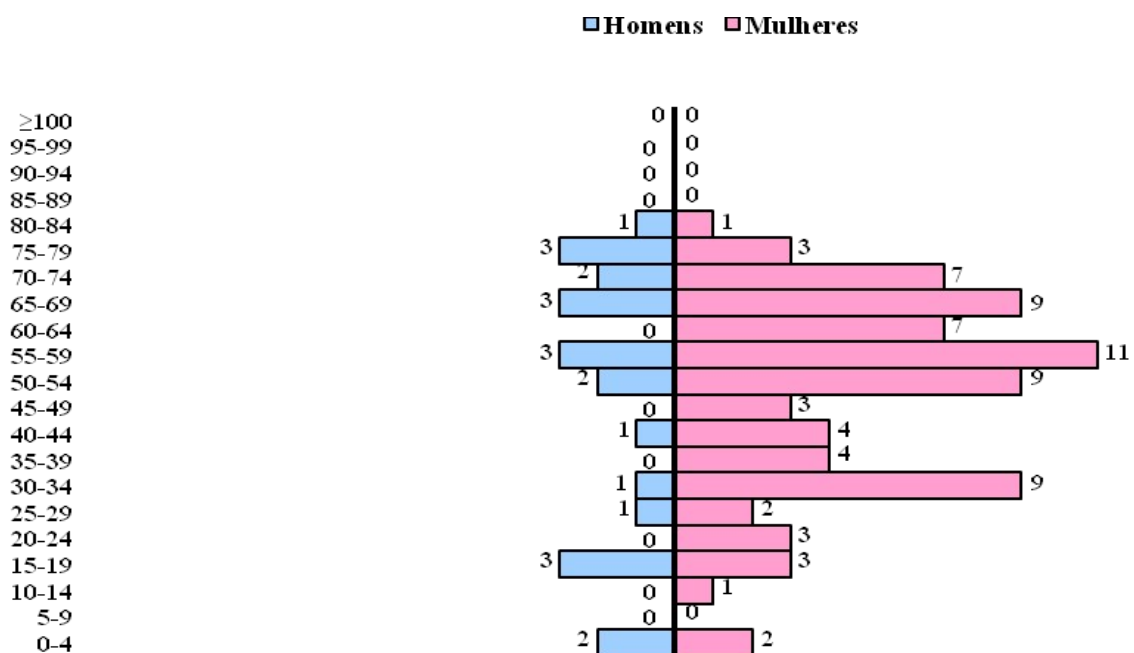


Gráfico 1 – Pirâmide etária dos utentes vistos em consulta no módulo urbano.

Foram vistos 205 utentes na totalidade do estágio, dos quais 91 no módulo urbano e 114 no módulo rural.

No Módulo Urbano, notou-se uma maior afluência à consulta pelo sexo feminino (75.82%) relativamente ao sexo masculino (24.18%), (Gráfico 3).

No Módulo Rural (Gráfico 4), essa relação manteve-se sendo de 65.79%, para o sexo feminino e de 34.21%, para o sexo masculino. No entanto, apesar de se evidenciar um pico mais acentuado no intervalo etário dos 55-64 anos, notou-se uma distribuição mais homogénea nas idades mais jovens, comparativamente com o módulo urbano.

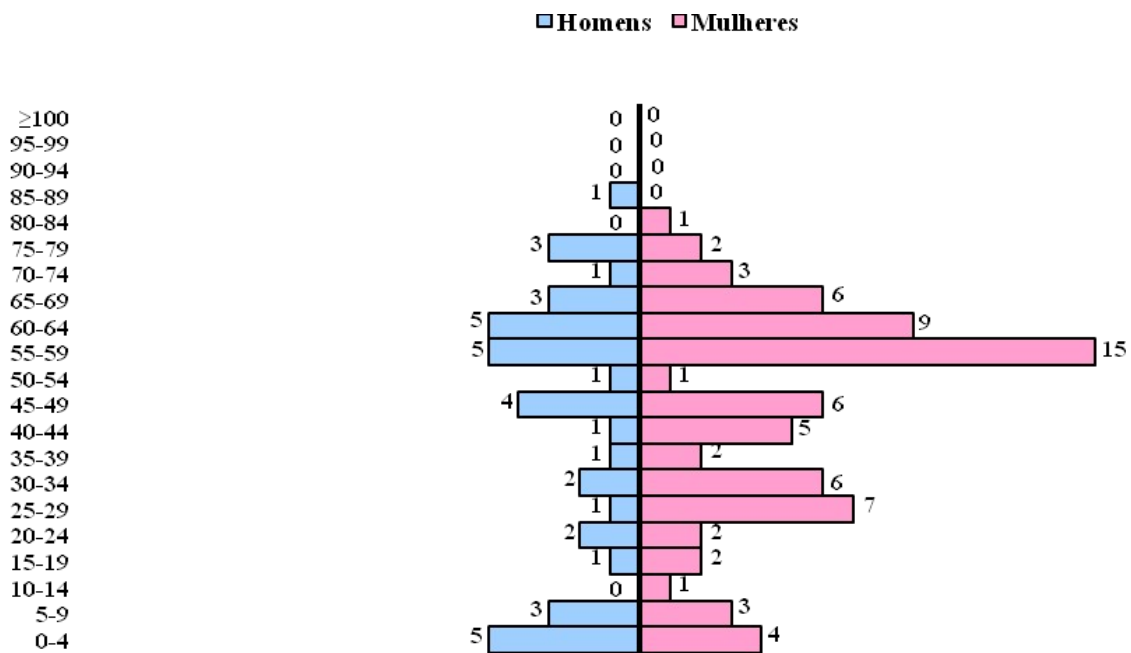


Gráfico 2 – Pirâmide etária dos utentes vistos em consulta no módulo rural

No módulo urbano, a distribuição de utentes de acordo com o sexo era a seguinte:

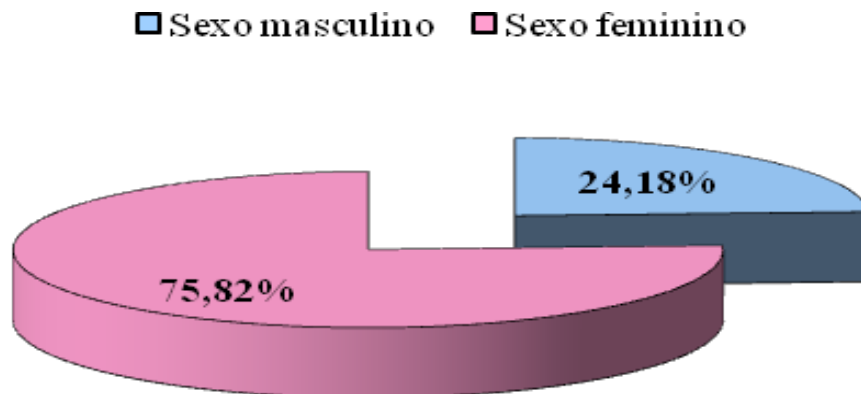


Gráfico 3 – Distribuição dos utentes vistos em consulta, no módulo urbano, de acordo com o sexo.

No módulo rural, a distribuição de utentes de acordo com o sexo era a seguinte:

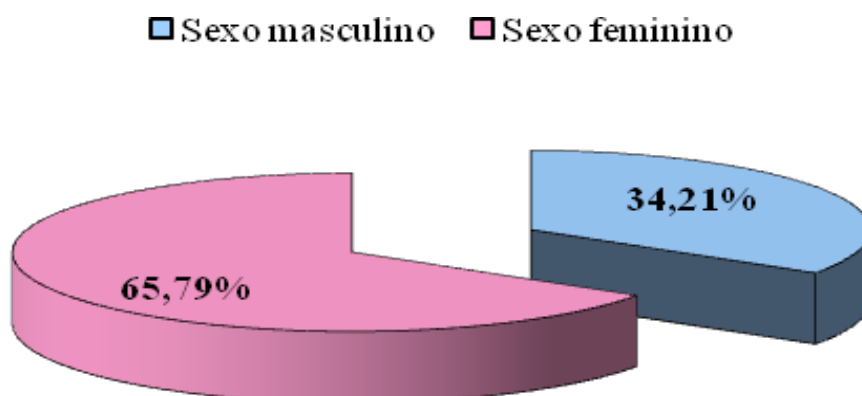


Gráfico 4 – Distribuição dos utentes vistos em consulta, no módulo rural, de acordo com o sexo.

Verificou-se uma grande prevalência do sexo feminino, tanto no Módulo Rural como no Urbano, 75.82% e 65.79%, respectivamente (Gráficos 3 e 4).

No módulo urbano observei 91 utentes (22 homens e 69 mulheres), dos quais 27 recorreram a consulta urgente e 64 a consulta programada (tabela 3). Observei ainda 4 doentes no CDP que não incluí no tratamento estatístico dos dados do CSSJ por não serem utentes do mesmo. O utente mais jovem tinha 3 meses e o mais idoso 84. A média de idade foi de 49,05 com um desvio-padrão de 20,86.

Consultas			
	Urbano	Rural	Total
Urgente	27	18	45
Programada	64	96	160
Total	91	114	205

Tabela 3 – Total de utentes vistos no MU e no MR, na consulta programada e urgente.

No módulo rural observei 114 utentes (39 homens e 75 mulheres), valor um pouco superior ao MU, dos quais 18 recorreram a consulta urgente e 96 a consulta programada. O utente mais novo tinha 8 dias e o mais velho 85 anos. A média de idades foi de 44,16 (mais jovens que no UM), com um desvio-padrão de 22,88.

A diferença entre o número de doentes vistos no Módulo Rural e no Módulo Urbano, poder-se-á explicar pelo facto do estágio do Módulo Urbano ter envolvido mais actividades fora do CS, com menos dias efectivos para a consulta tutelada.

Motivos de Consulta

Verificou-se um predomínio da Consulta Geral e Inespecífica (17,01%), dado que os utentes procuraram mais o seu MF, no sentido de obterem uma consulta de rotina (por exemplo para um exame de saúde completo com realização/avaliação de resultados de exames auxiliares de diagnóstico, vulgos *check-up*) ou para renovarem a medicação.

Salienta-se a patologia musculoesquelética (15,65%), sendo a queixa principal localizada à região lombar (4,08%).

Foi ainda bastante prevalente a patologia respiratória (11,56%).

Motivo de Consulta	N	%
A (Geral e Inespecífico)	25	17,01%
L (Músculo-esquelético)	23	15,65%
R (Respiratório)	17	11,56%
D (Digestivo)	16	10,88%
N (Neurológico)	13	8,84%
P (Psicológico)	9	6,12%
Total	147	100,00%

Tabela 4 – Motivos de Consulta mais prevalentes no módulo urbano, de acordo com o capítulo da ICPC-2.

Se observarmos, de forma mais detalhada (tabela 5), os motivos de consulta mais frequentes do módulo urbano, mas sem os agrupar por capítulos da ICPC-2, verificamos que o motivo que levou mais utentes ao seu médico de família foi o A30

(exame médico/avaliação de saúde completo), o que vem de acordo ao previamente constatado na tabela anterior.

Motivo de Consulta	N	%
A30 (Exame médico/avaliação de saúde completo)	10	6,80%
T31 (vigilância de DM tipo 2)	8	5,44%
K31 (vigilância de HTA)	7	4,76%
L03 (Sinal / sintoma da região lombar)	6	4,08%
A60 (Resultado de análises/Procedimentos)	5	3,40%
A98 (Medicina preventiva / manutenção da saúde)	5	3,40%
Total	147	100,00%

Tabela 5 – Motivos de Consulta mais prevalentes no módulo urbano.

No módulo rural também se verificou um predomínio de motivos de consulta do capítulo A da ICPC-2 (Geral e Inespecífico) com 44,67%. Este ascendente deve-se ao número elevado de consultas de Medicina Preventiva (A98) e de consultas para mostrar resultados de exames auxiliares de diagnóstico (A60) – tabela 6.

Motivo de Consulta	N	%
A (Geral e Inespecífico)	67	44,67%
L (Músculo-esquelético)	16	10,67%
R (Respiratório)	13	8,67%
D (Digestivo)	11	7,33%
N (Neurológico)	10	6,67%
P (Psicológico)	7	4,67%
Total	150	100,00%

Tabela 6 – Motivos de Consulta mais prevalentes no módulo rural, de acordo com o capítulo da ICPC-2.

Ao analisarmos os motivos de consulta mais frequentes do módulo rural, mas sem os agruparmos por capítulos da ICPC-2, verificamos que o motivo que levou mais utentes ao seu médico de família foi o A98 (Medicina preventiva / manutenção da saúde), o que revela interesse na Medicina Preventiva por parte dos utentes (tabela 7). O predomínio deste motivo deve-se ao número significativo de consultas de Saúde Infantil e de Planeamento Familiar.

Motivo de Consulta	N	%
A98 (Medicina preventiva / manutenção da saúde)	27	18,00%
A60 (Resultado de análises/Procedimentos)	18	12,00%
K31 (Exame médico / avaliação de saúde / parcial – Cardiovascular)	8	5,33%
Total	150	100,00%

Tabela 7 – Motivos de Consulta mais prevalentes no módulo rural.

Consulta de HTA e DM tipo 2

Em relação às consultas de HTA e DM tipo 2, não se observaram diferenças significativas entre o MU e o MR, apesar de se verificar uma inversão na sua ordem de prevalências.

Motivo de Consulta	N	%
T31 (vigilância de DM tipo 2)	8	5,44%
K31 (vigilância de HTA)	7	4,76%
Total	147	100,00%

Tabela 8 – Número de consultas de vigilância de HTA e DM tipo 2, no módulo urbano.

Motivo de Consulta	N	%
K31 (vigilância de HTA)	8	5,33%
T31 (vigilância de DM tipo 2)	6	4,00%
Total	15	100,00%
	0	

Tabela 9 – Número de consultas de vigilância de HTA e DM tipo 2, no módulo rural.

Problemas Activos e Passivos

Os utentes do **MU** apresentam como problemas activos mais prevalentes os do foro cardiovascular (tabela 10), nomeadamente HTA (K86) como o principal problema activo (tabela 11).

O segundo capítulo da ICPC-2 mais prevalente é o das patologias endócrinas, com 27,55% dos problemas, aparecendo a DM tipo 2 (T90) em segundo lugar, quando não se agrupam os problemas activos por capítulos da ICPC-2. A Dislipidemia (T93) assume igualmente um papel importante. Desta forma, os problemas cardiovasculares e endócrinos, que constituem os factores de risco para doenças cardiovasculares, englobam 60,20% do total de problemas activos, um dado preocupante.

Pela análise das tabelas 10 e 11, observou-se que 10,20% dos utentes sofrem de patologia musculo-esquelética, sendo que 5,10% sofrem de patologia osteoarticular degenerativa do ráquis.

O excesso de peso e a obesidade mostraram-se, curiosamente, os problemas activos menos prevalentes nos utentes do **MU** (tabela 11).

Problemas Activos	N	%
K (Cardiovascular)	32	32,65%
T (Endócrino)	27	27,55%
L (Músculo-esquelético)	10	10,20%
P (Psicológico)	6	6,12%
Total (de problemas activos)	98	100,00%

Tabela 10 – Problemas activos dos utentes do módulo urbano, segundo os capítulos da ICPC-2.

Problemas Activos		
	N	%
K86 (HTA)	25	25,51%
T90 (DM)	14	14,29%
T93 (Dislipidemia)	9	9,18%
L84 (Patologia osteoarticular degenerativa do ráquis)	5	5,10%
Y85 (HBP)	3	3,06%
Z20 (Disfunção familiar)	3	3,06%
P01 (Ansiedade)	2	2,04%
P76 (Depressão)	2	2,04%
X72 (Candidíase genital)	2	2,04%
T82 (Obesidade)	2	2,04%
T83 (Excesso de Peso)	1	1,02%
Total (de problemas activos)	98	100,00%

Tabela 11 – Problemas activos dos utentes do módulo urbano.

Em relação aos problemas passivos dos utentes, sem os englobar por capítulos da ICPC-2, não se destaca nenhum em particular. No entanto, se os agruparmos nos respectivos capítulos, observa-se que os mais prevalentes são os do aparelho ginecológico/mama, com 25.81%, seguido dos aparelhos músculo-esquelético e digestivo, ambos com 12.90% (tabela 12).

Problemas Passivos		
	N	%
X (Ginecológico/Mama)	8	25,81%
L (Músculo-esquelético)	4	12,90%
D (Digestivo)	4	12,90%
H (Ouvido)	3	9,68%
R (Respiratório)	3	9,68%
A (Geral e Inespecífico)	3	9,68%
Total (de problemas passivos)	31	100,00%

Tabela 12 – Problemas passivos dos utentes do módulo urbano, segundo os capítulos da ICPC-2.

Em relação ao **MR**, constatou-se igualmente um predomínio de problemas activos relacionados com o aparelho cardiovascular, com a HTA à cabeça, seguidos pelos problemas endocrinológicos.

A DM surgiu igualmente em segundo lugar (T90), mostrando-se também como o principal problema endocrinológico na vida dos utentes, com uma percentagem superior à encontrada no MU. A Dislipidemia (T93) assume novamente um papel importante.

É importante salientar a diferença significativa de problemas activos entre os dois meios (141 no MR e 98 no MU). No entanto, este facto deve-se, pode explicar-se em parte, pelo maior número de doentes vistos no módulo rural.

Problemas Activos

	N	%
K (Cardiovascular)	43	30,50%
T (Endócrino)	42	29,79%
L (Músculo-esquelético)	11	7,80%
P (Psicológico)	11	7,80%
D (Digestivo)	6	4,26%
Y (Aparelho Genital Masculino)	6	4,26%
R (Respiratório)	5	3,55%
Total (de problemas activos)	141	100,00%

Tabela 13 – Problemas activos dos utentes do módulo rural, segundo os capítulos da ICPC-2.

Problemas Activos

	N	%
K86 (HTA)	26	18,44%
T90 (DM)	17	12,06%
T93 (Dislipidemia)	15	10,64%
L84 (Patologia osteoarticular degenerativa do ráquis)	5	3,55%
P76 (Depressão)	4	2,84%
K77 (Insuficiência Cardíaca)	3	2,13%
K78 (FA)	3	2,13%
K80 (Arritmia NE)	3	2,13%
P01 (Ansiedade)	3	2,13%
Y85 (HBP)	3	2,13%
R76 (Amigdalite aguda)	3	2,13%
Z20 (Disfunção Familiar)	1	0,71%
Total (de problemas activos)	141	100,00%

Tabela 14 – Problemas activos dos utentes do módulo rural.

Relativamente à análise dos problemas passivos, à semelhança do que se verificou no Meio Urbano, sem os englobar por capítulos da ICPC-2, não se destacou nenhum em particular. No entanto, foi notável que apenas os aparelhos Respiratório (o mais prevalente), Digestivo e Neurológico mereceram relevância.

Problemas Passivos

N **%**

R (Respiratório)	6	22,22%
D (Digestivo)	3	11,11%
N (Neurológico)	3	11,11%
Total (de problemas passivos)	27	100,00%

Tabela 15 – Problemas passivos dos utentes do módulo rural, segundo os capítulos da ICPC-2.

Referenciações

Foram feitas 6 referenciações de utentes ao longo do estágio no meio urbano e no meio rural. A tabela 16 mostra as especialidades para onde os utentes foram referenciados.

Urbano	Rural
Dermatologia	Hematologia
Gastroenterologia	Enfermagem
Oftalmologia	Ginecologia e Obstetrícia
Ortopedia	Oftalmologia
Urologia	Oftalmologia
Urologia	Urologia

Tabela 16 – Referenciações no MU e no MR.

Discussão

Relativamente ao tipo de consultas efectuadas nos dois meios, a consulta programada tem uma representação muito mais marcada do que a consulta aberta, o que pode ser justificado pelo facto de cada médico ter, no seu horário, apenas uma hora por dia, disponível para a consulta aberta, sendo todas as restantes reservadas para a consulta programada.

Nos motivos de consulta verificou-se um predomínio da Consulta Geral e Inespecífica em que os utentes recorreram mais para uma consulta de rotina. A patologia musculoesquelética (15,65% MU e 10,67% MR) assumiu também uma posição relevante (sendo a queixa principal localizada à região lombar). A Patologia Respiratória Superior (11,56% MU; 8,67% MR) mostrou-se o 3º motivo de consulta mais frequente.

Num estudo realizado numa consulta de clínica geral do nosso país, às IRS (Infecção Respiratória Superior) foram atribuídos 15,7% dos novos episódios de problemas de saúde. Segundo informação retirada dessa mesma fonte, as IRS são responsáveis, em diferentes estudos (mesmo com variações sazonais) por 11 a 33% de todas as consultas. No estudo da consulta que efectuei, registou-se uma prevalência de 8,67% no MR e 11,56% no MU. Estes valores mostram-se próximos dos valores mínimos registados pelo estudo citado.

Quanto às consultas de vigilância, a consulta de DM e HTA assumem um papel muito importante, assumindo-se no MU como principais causas de consulta de vigilância, provavelmente pela sua cronicidade e maior prevalência dentro dos grupos de risco.

Da análise dos Problemas Activos dos utentes, é notória a liderança dos problemas cardiovasculares em ambos os meios, sendo seguida pelos problemas endocrinológicos que assumem o segundo lugar. À cabeça regista-se a HTA, com uma prevalência de 25,51%, no MU e 18,44%, no MR. O estudo VALSIM, que estudou a HTA e a sua prevalência nos CSP, revelou que em Portugal continental e nas regiões autónomas existe uma prevalência de 41,62% de utentes hipertensos na região Norte.

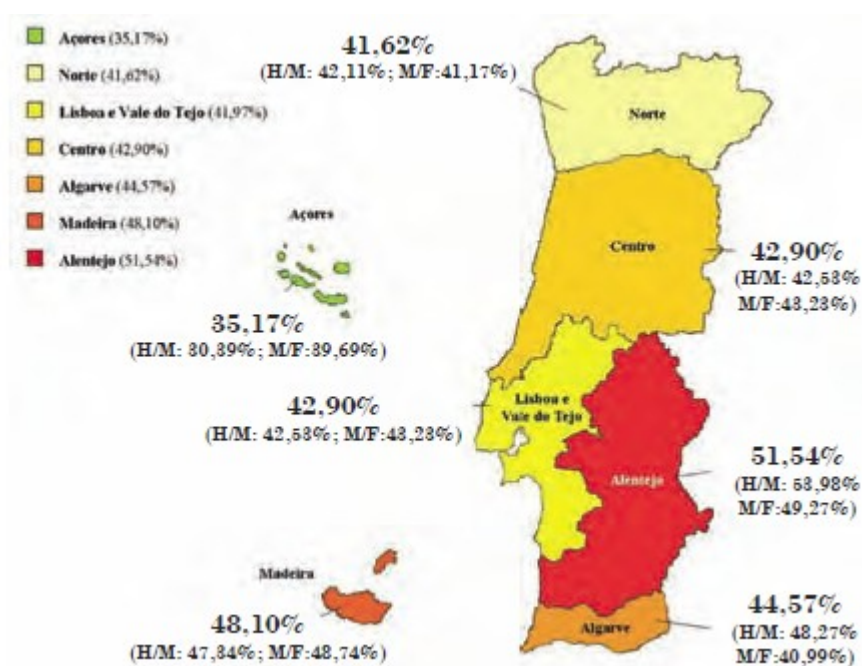


Figura 1: Mapa de prevalência de hipertensão arterial, ajustada à estrutura demográfica de cada região de residência (prevalência global e por sexo). Adaptado do estudo Valsim.

Estes dados revelam que quase metade da população de Portugal Continental sofre de HTA. Pela análise dos resultados obtidos no MR e MU, a prevalência de HTA mostra-se muito inferior, 25.51% no MU e 18.44% no MR, o que poderá traduzir um subdiagnóstico da mesma nas listas do MU e MR. Os CSP assumem, por certo, um papel muito importante na prevenção primária da HTA.

A DM aparece como o principal problema endocrinológico, com uma prevalência de 14,29% no MU e 12,06% no MR. A prevalência registada para a DM, não assume valores muito díspares, do MU em relação ao MR. No entanto, os resultados da prevalência de DM revelaram-se superiores no que diz respeito aos dados divulgados pelo estudo PREVADIAB 2009, que mostraram uma prevalência de 11.7% de diabéticos em Portugal.

Prevalência da Diabetes em Portugal 2009

Padronizada

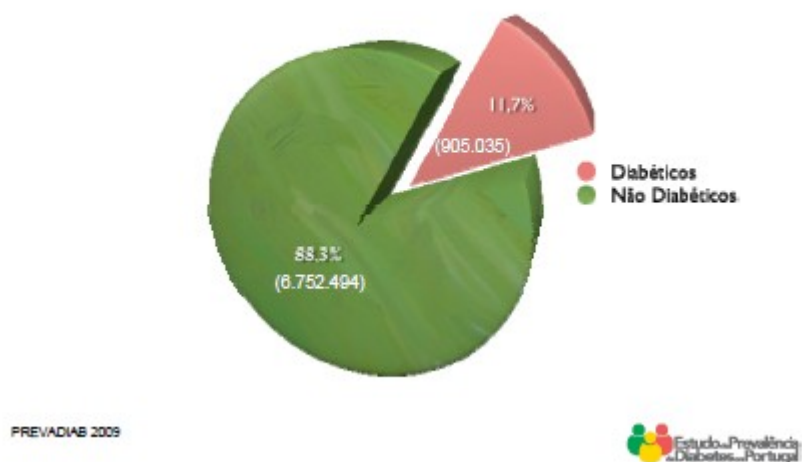


Figura 2: Prevalência de DM em Portugal. Adaptado do estudo PREVADIAB 2009.

Assim, a realidade individual destas Unidades de Saúde, apesar de se encontrarem em meios diferentes, não diferem consideravelmente entre si, mas distanciam-se ligeiramente dos dados estatísticos nacionais para a DM. No entanto, devo referir que a amostra do meu estudo não é expressiva, na medida em que é muito reduzida comparativamente com a amostra do estudo PREVADIAB 2009.

