



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2009/2010

Sara Sena Esteves

Relatório de Estágio em Cuidados de Saúde Primários

Abril, 2010

FMUP



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Sara Sena Esteves

Relatório de Estágio em Cuidados de Saúde Primários

Mestrado Integrado em Medicina

Área: Medicina Comunitária

Trabalho efectuado sob a Orientação de:

Dr. Abílio Malheiro

Abril, 2010

FMUP

Nome: _____

Endereço electrónico: _____

Título da Dissertação/Monografia/Relatório de Estágio:

Nome completo do Orientador:

Nome completo do Co-Orientador:

Ano de conclusão: _____

Designação da área do projecto de opção:

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

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

Assinatura: _____

Eu, _____, abaixo assinado, nº mecanográfico_____, aluno do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, declaro ter actuado com absoluta integridade na elaboração deste projecto de opção.

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

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

Assinatura: _____

Relatório de Estágio de Medicina Comunitária

Resumo

Este relatório de estágio pretende descrever as actividades desenvolvidas e experiências vividas no Centro de Saúde de São João (CSSJ) e na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Caminha (UCSPC), com a duração total de quatro semanas.

Os objectivos principais foram descrever ambos os Centros de Saúde (CS), constatar as suas semelhanças e diferenças e reconhecer a importância da Medicina Geral e Familiar (MGF) no contexto dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), assim como na formação de futuros médicos.

As actividades desenvolvidas consistiram em consulta tutelada, procedimentos de enfermagem, visita a um lar de idosos e infantário e visita ao Centro de Diagnóstico Pneumológico do Porto. É de realçar o estudo que foi elaborado durante o estágio, que investiga o consumo de psicofármacos nos utentes das consultas presenciadas. São também abordadas questões como a “adesão à terapêutica - o papel do médico de família” e um fluxograma de decisão para dispneia.

No final deste estágio, constata-se que a Medicina Comunitária (MC) é uma especialidade com um leque muito variado de patologias e de utentes, o que exige um grande conhecimento e versatilidade por parte do médico. O contacto com as realidades urbana e rural permitiu uma percepção diferente das doenças que afectam a nossa população e realçar o papel que os hábitos de vida têm na saúde dos utentes.

Abstract

This stage report intends to describe the activities developed and experienced at São João Health Centre (SJHC) and at Caminha Personalized Health Care Unity (CUPHC), with the total duration of four weeks.

The principal goal was to describe both Health Centres (HC), verify similarities and differences between them and acknowledge the importance of Family Medicine (FM) in the context of Primary Health Care (PHC), as well as in the training of future doctors.

The developed activities consisted of tutored consultation, nursing procedures, visiting a rest home and a daytime childcare and visiting the Pneumologic Diagnostic Centre of Oporto. It's important to emphasize the study that was elaborated during the stage, which investigates the consumption of psychopharmaca by the patients surveyed at consultation. Issues such as “therapeutic adhesion- the role of the family doctor” and a decision flow chart about dyspnea are also approached.

At the end of this stage, I verify that Community Medicine (CM) is a speciality that covers a large diversity of pathologies and patients, which implies a wide knowledge and versatility from the doctor. The contact with urban and rural realities led to a different perception of the diseases that affect our population and to realize the emphasis that life habits have on patient's health.

Índice

Siglas	1
Figuras e Tabelas.....	1
1. Introdução	2
2. Objectivos do estágio	3
3. Caracterização dos Centros de Saúde	4
4. Descrição das actividades realizadas	10
4.1. Seminários	10
4.2. Actividades desenvolvidas no Centro de Saúde	10
4.3. Estudo epidemiológico	13
5. Conclusão	14
6. Bibliografia	15
Apêndices	16
I. Reflexão “A adesão à terapêutica nas doenças crónicas – o papel do médico de família”	16
II. Registos clínicos do Centro de Saúde Urbano	21
III. História clínica	23
IV. Fluxograma de decisão	39
V. Registos clínicos do Centro de Saúde Rural	42
VI. Questionário aplicado no estudo “Consumo de Psicofármacos em utentes do CSSJ e da UCSPC”	44
VII. Consumo de Psicofármacos em utentes do CSSJ e da UCSPC.....	45

Siglas

<i>AD</i>	Antidepressivos
<i>BZD</i>	Benzodiazepinas
<i>CS</i>	Centro(s) de Saúde
<i>CSP</i>	Cuidados de Saúde Primários
<i>CSS</i>	Cuidados de Saúde Secundários
<i>CSSJ</i>	Centro de Saúde São João
<i>FMUP</i>	Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
<i>MC</i>	Medicina Comunitária
<i>MGF</i>	Medicina Geral e Familiar
<i>PF</i>	Psicofármacos
<i>UCSPC</i>	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Caminha

Figuras e Tabelas

<i>Tabela 1</i>	Caracterização dos Centros de Saúde	Pág.4
<i>Figura 1</i>	Pirâmide etária dos utentes inscritos no CSSJ	Pág.8
<i>Figura 2</i>	Pirâmide etária dos utentes inscritos na UCSPC	Pág.8

1. Introdução

O relatório de estágio foi realizado no âmbito do projecto de opção do Mestrado Integrado da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP) no ano lectivo 2009/2010. Este trabalho visa descrever as tarefas realizadas e as experiências vividas num Centro de Saúde (CS) urbano e num CS rural, num período de 4 semanas.

Ao longo deste trabalho serão abordadas as características de cada CS e os trabalhos neles desenvolvidos, focando, com especial relevo, o consumo de psicofármacos (PF) pelos utentes das consultas presenciadas.

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP), nos quais se integra a Medicina Geral e Familiar (MGF), têm em vista os problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviços que levem à promoção da saúde, prevenção da doença, cura e reabilitação, conforme as necessidades. Todo este processo obriga a uma colaboração estreita entre médicos, enfermeiros, assistentes administrativos e outros profissionais. O seu objectivo primordial é criar sistemas integrados que levem à melhoria progressiva dos cuidados de saúde para toda a população.

No momento da escolha do estágio, a Medicina Comunitária (MC) desde logo se afigurou promissora, uma vez que constitui, a meu ver, uma área vasta, que requer um conhecimento interdisciplinar e que tem grande impacto na vida do utente.

2. Objectivos do estágio

1. Caracterizar o Centro de Saúde São João (CSSJ) e a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Caminha (UCSPC) e evidenciar as semelhanças e diferenças entre ambos;
2. Dar exemplos de outra instituição na comunidade, para além dos Centros de Saúde, que contribua para os CSP;
3. Expor a importância do exercício da Medicina tal como se pratica no ambiente dos CSP e reconhecer as suas diferenças relativamente aos Cuidados de Saúde Secundários (CSS);
4. Descrever as actividades realizadas, salientando a respectiva repercussão na minha formação, enquanto futura médica e enquanto pessoa;
5. Reconhecer a importância da MGF no ensino pré-graduado de medicina e o papel que esta disciplina teve no meu percurso académico;
6. Estudar o consumo de psicofármacos pelos utentes das consultas presenciadas e estabelecer uma possível relação sócio-demográfica.

3. Caracterização dos Centros de Saúde

O estágio profissionalizante teve lugar no Centro de Saúde São João (valência urbana) e na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Caminha (valência rural).

O CSSJ está situado na freguesia de Cedofeita e pode receber qualquer utente residente no Porto. A UCSPC, situada na freguesia de Caminha, abrange uma área mais restrita, de cerca de 20 freguesias: Âncora, Arga de Cima, Arga de Baixo, Arga de S. João, Argela, Azevedo, Dem, Caminha, Cristelo, Gondar, Lanhelas, Moledo, Orbacém, Riba de Âncora, Seixas, Venade, Vila Praia de Âncora, Vilarelho e Vile.

Apresentam-se, na tabela seguinte, as características mais marcantes dos CS em apreço.

Tabela 1 - Caracterização dos centros de saúde

CSSJ		UCSPC
8h-20h Dias úteis	Horário atendimento	8h-24h Todos os dias
20.034 (~ 2.003/médico)	Número de utentes	11.800 (~1.475/médico)
12 freguesias (~ 73% da população do CS)	Freguesias abrangidas	20 freguesias

CSSJ		UCSPC
• 10 Médicos de MGF • 16 Enfermeiros (part-time) • 2 Auxiliares Acção Médica • 6 Administrativos • 2 Psicólogos • 1 Podologista • 7 Internos MGF • 1 Interno Pediatria • Alunos 6º ano FMUP • Estagiários Psicologia	Recursos Humanos	• 8 Médicos de MGF • 16 Enfermeiros • 10 Auxiliares Acção Médica • 11 Administrativos • 1 Médico de Saúde Pública • 1 Nutricionista • 1 Assistente Social • 1 Interno MGF • 1 Interno Saúde Pública • 2 Internos Ano Comum
• Centro Hospitalar do Porto • Hospital Magalhães Lemos • Hospital da Prelada (não é por alert P1) • Instituto Português de Oncologia do Porto	Articulação com o exterior (notificação por alert P1)	• Hospital de Santa Luzia
• SINUS • SAM • Alert P1 • DiabCare • HÍGIA	Suporte informático	• SINUS • SAM • Alert P1 • DiabCare • SAPE
• Consulta Programada • Consulta Não Programada • Consulta Aberta • Programas de saúde • Sector Administrativo • Visitas ao Domicílio • Contactos de Enfermagem • Consulta de Podologia • Consulta de Psicologia	Actividades Desenvolvidas	• Consulta Programada • Consulta Não Programada • Consulta de Reforço • Planeamento e Controlo • Sector Administrativo • Visitas ao Domicílio • Contactos de Enfermagem • Consulta de Nutrição • Serviço de Saúde Pública • Serviço Social • Serviço de atendimento permanente

CSSJ		UCSPC
5 pisos (cave, RC/,1º,2º e 3º pisos) • Escadas e elevador • 10 gabinetes médicos • 2 salas de enfermagem • Gabinetes administrativos • Biblioteca/Sala de Reuniões • Balcões de atendimento • WC para homens e mulheres • Salas de lavagem e esterilização • Bar/Cafetaria • 3 salas polivalentes	Estrutura Física	2 pisos (1º e 2º pisos) • Escadas • 8 gabinetes médicos • 8 salas de enfermagem • Gabinetes administrativos e da enfermeira chefe • Biblioteca • Balcões de atendimento • WC para homens e mulheres • Salas de lavagem e esterilização • Cafetaria • 2 salas de tratamentos • Gabinete de serviços sociais • Sala de atendimento permanente • Gabinete do director do CS

Cabe assinalar que no CSSJ todo o registo clínico do doente é feito exclusivamente em suporte informático e todos os médicos, enfermeiros e administrativos dispõem de um terminal informático próprio. O arquivo em papel é apenas utilizado para arquivo de documentos relevantes (relatórios clínicos, notas de alta etc.).

Pelo contrário, na UCSPC, apesar de todos os médicos terem disponível um computador próprio com todos os programas informáticos, a maioria apenas o utiliza para prescrever medicação e requisitar exames auxiliares de diagnóstico. Aqui, o processo em papel adquire extrema importância pois é dessa forma que se registam todas as patologias e visitas ao Centro de Saúde.

No decorrer deste estágio foi realizado um levantamento das características dos utentes em ambos os CS relativamente à idade e sexo, recorrendo à base de dados SINUS e dados do Instituto Nacional de Estatística (INE).

Assim, procedeu-se à descrição da população de cada um dos centros de saúde.

Dos utentes inscritos no CSSJ, 44.08% são do sexo masculino e 55.82% são do sexo feminino, sendo este predomínio mais evidente nos grupos etários acima dos 60 anos. Dos utentes inscritos na UCSPC, 47.17% são do sexo masculino e 52.83% são do sexo feminino, sendo este predomínio mais evidente nos grupos etários acima dos 75 anos. Foi possível calcular, através da Relação de Masculinidade (quociente entre os indivíduos do sexo masculino e feminino), que o sexo feminino predomina sobre o sexo masculino quer no CSSJ (78.81%) quer na UCSPC (89.28%). Este predomínio feminino, essencialmente nas faixas etárias mais avançadas, reflecte a maior esperança de vida das mulheres.

Pela análise da pirâmide etária dos utentes inscritos no CSSJ (**Figura 1**) é possível notar um predomínio do sexo feminino em praticamente todos os escalões etários. Também se verifica que a classe etária predominante é a dos 35-39 anos no sexo masculino e a das com 75 anos ou mais no sexo feminino. Esta pirâmide etária apresenta um estreitamento da base, característico das populações em envelhecimento.

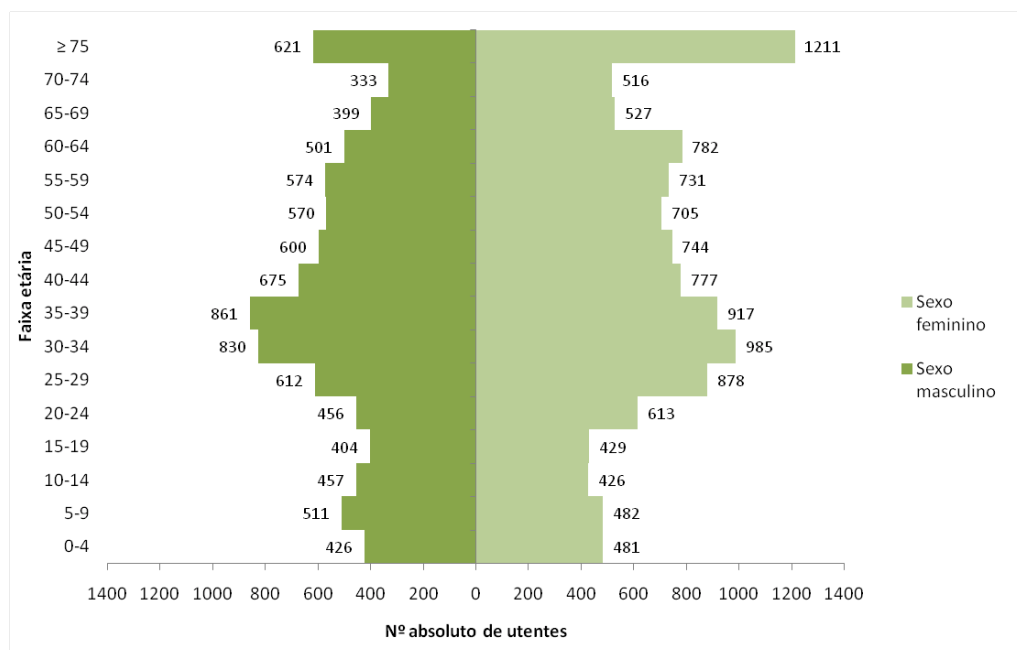


Figura 1 - Pirâmide etária dos utentes inscritos no CSSJ

Pela análise da pirâmide etária dos utentes inscritos na UCSPC (**Figura 2**) é possível notar um predomínio do sexo feminino apenas a partir dos 35 anos e a classe etária predominante situa-se, em ambos os sexos, após os 75 anos. Esta pirâmide etária apresenta, tal como a anterior, um estreitamento da base.

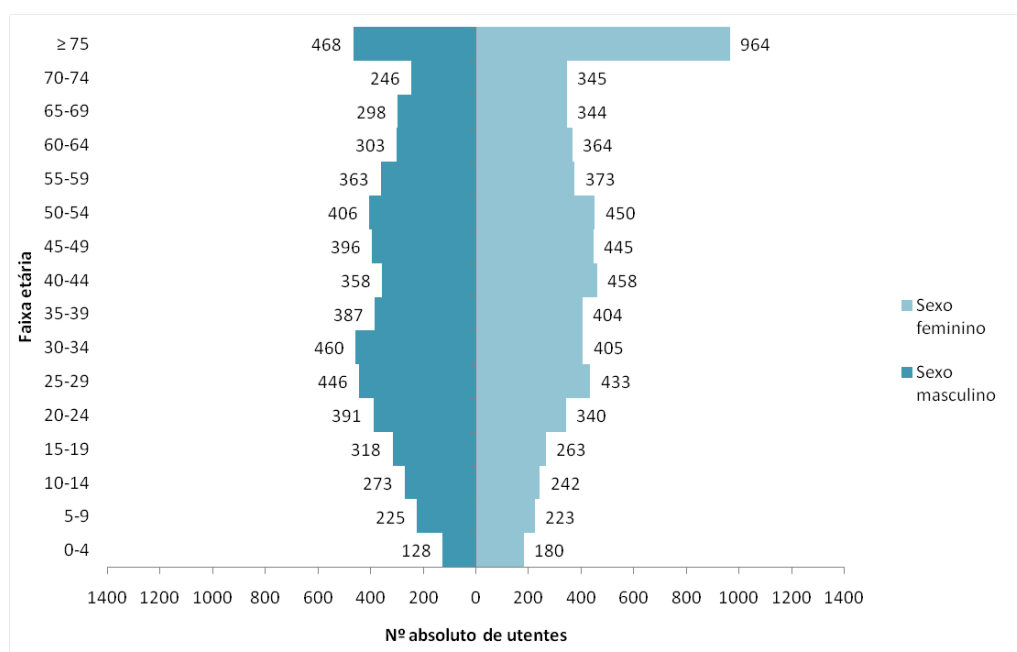


Figura 2 - Pirâmide etária dos utentes inscritos na UCSPC

O índice de envelhecimento, que representa o quociente entre a população idosa (≥ 65 anos) e a população jovem (0-14 anos), é de 129.6% no CSSJ e de 194.4% na UCSPC. Estes índices com valores elevados, demonstram o envelhecimento populacional, que se deve tanto à menor natalidade como ao aumento da longevidade, o que está de acordo com o estreitamento de base evidente em ambas as pirâmides apresentadas, tal como na pirâmide etária nacional.

4. Descrição das actividades realizadas

As actividades que decorreram durante o estágio de Medicina Comunitária tiveram início no dia 18 de Janeiro e terminaram no dia 12 de Fevereiro de 2010.

4.1. Seminários

A residência de MC inclui a presença obrigatória em dois seminários, que têm lugar no primeiro dia de cada módulo: urbano e rural.

O primeiro seminário, que decorreu no Departamento de Clínica Geral da FMUP, provisoriamente nas instalações da Universidade Portucalense, abordou assuntos como a organização dos CS e diferenças entre o meio rural e urbano, os objectivos do estágio, as tarefas a executar e os trabalhos a realizar. Também foram referidos diversos temas ao nível dos CSP, como planeamento familiar, rastreios oncológicos, programa nacional de vacinação e cuidados a doentes terminais. Foram ainda discutidos alguns casos clínicos, mais práticos, com o objectivo de abordar problemas comuns que surgem na consulta.

O segundo seminário foi substituído pela participação nas “I Jornadas de Factores de Risco e Orientações Clínicas em CSP” organizadas pelo Departamento de Clínica Geral da FMUP e focou temas como Hipertensão arterial (HTA), Diabetes Mellitus (DM) e Doenças Mentais.

4.2. Actividades desenvolvidas nos Centros de Saúde

Todas as actividades foram realizadas com a supervisão de um tutor, em ambos os CS, o que tornou possível uma melhor formação, aprendizagem e integração na consulta.

O estágio foi iniciado pelo módulo urbano, no qual foi possível assistir às consultas de MGF e intervir, realizando activamente a história clínica e exame físico, introduzindo dados nos sistemas informáticos e discutindo hipóteses de diagnóstico e tratamentos.

As consultas a que assisti foram predominantemente de HTA e DM. Foram também presenciadas, embora em menor quantidade, consultas de Saúde Infantil e Juvenil e Planeamento Familiar, não tendo sido possível, durante a minha estadia, presenciar os Cuidados à Grávida.

Na segunda semana de estágio no CSSJ, foi possível realizar consulta aberta tutelada, tendo constituído uma experiência muito motivadora pela autonomia e responsabilidade que me foi imposta. Penso que consegui estabelecer uma relação de empatia e corresponder às necessidades dos doentes, sempre com a supervisão do meu tutor.

Após algumas consultas, desde logo o tema: “a adesão à terapêutica- o papel do médico de família”, se mostrou de grande impacto na saúde do utente, pelo que foi escolhido para reflexão (**Apêndice I**).

Foi também realizado um registo de consultas (**Apêndice II**), tendo sido útil na medida em que me apercebi da prevalência dos motivos de procura da consulta, com especial destaque para os temas já focados da HTA, DM, obesidade e ansiedade/depressão.

Na segunda semana, foi feita uma visita ao Centro de Diagnóstico Pneumológico do Porto, onde foi possível assistir a consultas e ter contacto com um tipo de patologia tão prevalente no Porto, como a Tuberculose.

Foram visualizados e realizados alguns procedimentos de enfermagem, tendo-se debruçado a maioria na administração de fármacos e vacinas e realização de pensos com técnicas assépticas. Também foi possível visualizar a colocação e remoção do MAPA, o que teve bastante interesse, pois cada vez é mais utilizada na prática clínica. Esta experiência de interdisciplinaridade permitiu concluir que a boa relação e colaboração entre profissionais é essencial para o bem-estar do utente.

É de frisar que desde o primeiro dia de consulta, foi aplicado um questionário (**Apêndice VI**) aos utentes consultados com idade igual ou superior a 19 anos, com o objectivo de estudar o consumo de psicofármacos nos utentes do CS.

Na segunda quinzena, no módulo rural, em Caminha, foi possível assistir novamente a consultas e intervir nos mesmos campos. Surgiu também a oportunidade de uma visita ao Mosteiro de Santo António de Caminha, que integra no mesmo espaço um lar de freiras, no piso de cima e um infantário no piso de baixo. É de realçar que havia desde freiras jovens até freiras acamadas com mais de 100 anos, estando o piso de cima compartimentado em diversas áreas. O infantário comportava crianças dos 3 aos 5 anos. Passámos a tarde no convento, tendo sido feita a visita guiada a todas as divisões e tendo havido um contacto bastante próximo com as crianças e idosas. Esta convivência entre crianças e idosos mostrou-se bastante útil nos dois sentidos: tanto por parte das crianças, que eram educadas por pessoas experientes que lhes davam bons ensinamentos, como por parte das idosas, que recebiam visitas das crianças e ouviam o barulho destas a brincar, constituindo um estímulo à vida.

Neste módulo rural, foi também realizada uma história clínica (**Apêndice III**) de uma doente que surgiu na consulta, com o recurso a técnicas de comunicação que permitissem uma boa colaboração e entendimento por parte da doente.

Os outros dois trabalhos requisitados para a valência rural foram um fluxograma de decisão (**Apêndice IV**), em que optei por dispneia, após a consulta de uma mulher de 60 anos que apresentava queixas de “falta de ar” e o registo de consultas (**Apêndice V**), idêntico ao do módulo urbano, apesar da patologia se mostrar mais diversificada e relacionada com o estilo de vida rural.

4.3. Estudo epidemiológico

Como actividade complementar, e no âmbito da realização da tese, foi aprofundado o consumo de psicofármacos em utentes dos CS. Apresenta-se, em seguida, o resumo do estudo, estando a versão integral disponível no **Apêndice VII**.

Resumo

Introdução: A utilização de psicofármacos (PF) tem vindo a aumentar nas últimas décadas, principalmente nos países industrializados. Pretende-se com este estudo determinar a percentagem de utentes que consomem PF e verificar se existe uma associação entre o consumo de PF e factores sócio-demográficos.

Material e Métodos: Este estudo foi realizado no âmbito da tese de mestrado integrado da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Foi aplicado um questionário aos utentes com idade igual ou superior a 19 anos, nas consultas levadas a cabo durante quatro semanas, em dois Centros de Saúde, sendo um de ambiente urbano (Centro de Saúde S. João) e outro de ambiente rural (Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Caminha).

Resultados: O consumo de psicofármacos foi superior no sexo feminino (43.8%) face ao sexo masculino (27.6%). Também se mostrou superior nas idades mais avançadas e nas pessoas que vivem em meio urbano. Na amostra global, a classe de psicofármacos mais consumida é a das benzodiazepinas tranquilizantes (46.3%), seguida pelos antidepressivos inibidores da recaptação da serotonina (19.8%).

Discussão: A prevalência de utilização de psicofármacos foi claramente superior à da média Europeia. Identificaram-se como factores associados ao consumo destes fármacos o sexo feminino, a idade avançada e o ambiente urbano.

5. Conclusão

Depois do estágio, constatei que, de facto, foi uma vivência enriquecedora a nível académico.

A MGF é uma especialidade com um leque muito variado de patologias e de utentes, tanto ao nível das idades quanto ao nível cultural e nível sócio-económico, o que exige um grande conhecimento e versatilidade por parte do médico. Tem também uma importância fundamental ao referenciar o doente para as outras especialidades responsáveis pelos CSS, sendo necessária sabedoria e ponderação para evitar custos desnecessários mas promover a saúde do doente e tratá-lo.

Uma das prioridades do médico de família é conhecer o utente em todas as suas vertentes: profissional, social e familiar, que terão repercussões na sua saúde física e mental. A outra prioridade é exercer uma medicina preventiva, baseada na educação para a saúde e instituição de novas rotinas, no sentido de evitar a doença.

O contacto com as realidades urbana e rural permitiu uma visualização diferente das doenças que afectam a nossa população e realçar o papel que os hábitos de vida têm na saúde dos utentes.

Este estágio de MC teve uma grande importância na minha formação como médica e pessoa, apesar de 4 semanas ser escasso para integrar todo o conhecimento.

6. Bibliografia

- Declaração de Alma - Ata, Declaração de Edimburgo e Objectivos de Desenvolvimento do Milénio – www.opas.org.br–2010-02-22
- INE. Anuário Estatístico da Região Norte 2007. INE; Portugal, 2008
- Goroll A, Mulley AG. Primary Care Medicine: Office Evaluation and Management of the Adult Patient. Hardcover, 2006
- Hespanhol, A., Malheiro, A., Pinto, A.S. O Projecto “Tubo de Ensaio” – Breve história do Centro de Saúde S. João. Revista Portuguesa de Clínica Geral 2002; 18: 171-86
- Hespanhol, A., Vieira, A., Pereira, A.C. Qualidade Organizacional do Centro de Saúde São João - motivações na procura de cuidados e satisfação dos utentes. RFML 2004; série III; 9(6): 391- 8
- Hespanhol, A., Malheiro, A., Ferreira da Silva, G., et al. Ensino da Medicina Geral e Familiar na Faculdade de Medicina do Porto. Educação Médica 2003; 2a série: 1-45
- Hespanhol, A., Veiga, G., Ricou, M. Consulta de Psicologia Clínica no Centro de Saúde São João: Assegurar Qualidade na perspectiva de Gestão. Revista Portuguesa de Psicossomática, 2005; 7 (1/2): 60-4

Apêndice I. Reflexão “A adesão à terapêutica nas doenças crónicas – o papel do médico de família”

O tema aqui proposto, “a adesão à terapêutica nas doenças crónicas - o papel do médico de família”, teve como ponto de partida inúmeras consultas a que assisti, de doentes com Diabetes Mellitus (DM), Hipertensão Arterial (HTA) e Colite Ulcerosa, e na dificuldade em cumprir o tratamento e atingir os objectivos propostos. Entende-se por adesão terapêutica, a utilização dos medicamentos prescritos ou outros procedimentos em pelo menos 80% do seu total, tendo em conta horários, doses e tempo de tratamento.

Antes de mais, no contexto desta reflexão convém ter em conta as particularidades da doença crónica. Caracteriza-se por uma doença de evolução incerta, que muitas vezes está associada aos hábitos quotidianos. O médico tem uma actuação preponderante no seu tratamento, acompanhando as fases silenciosas, tratando as crises agudas, evitando complicações tardias e assegurando o apoio psicológico e social ao indivíduo. No entanto, o seu papel não é totalitário, uma vez que este prescreve o tratamento mas não controla a doença. A relação de entendimento e a troca de ideias médico-paciente é fulcral, porque só o paciente sente os efeitos da doença e a pode controlar mediante a sua adesão à terapêutica¹.

Apesar do extenso consumo de medicamentos ser uma questão altamente debatida na actualidade, a questão da não adesão cada vez é mais importante, pois estima-se que cerca de 50% dos doentes não tomam a medicação segundo a prescrição médica². A adesão à terapêutica adquire um papel fundamental na cura de uma doença aguda, no controle de uma doença crónica e na prevenção de algumas patologias.

Coloca-se então a questão: se há na população o “folclore hipocondríaco”, como cita Bucher (1992), por que é que tantas pessoas não adoptam o tratamento que lhes é prescrito ou não o realizam adequadamente? Há múltiplas respostas, mas a conclusão é uma: a não adesão é universal, e relaciona-se com inúmeros factores como o tratamento, o médico, a patologia e o paciente.

O paciente geralmente quer o alívio da sintomatologia, mas há controvérsias no modo como o obter. Por vezes o conselho de alguém não relacionado com a saúde como um vizinho ou um familiar, tem mais impacto na atitude do doente do que a opinião do profissional de saúde, o que mostra uma forte interferência sócio-cultural. Assim sendo, o médico deve esforçar-se ao máximo por explicar ao doente o benefício daquela terapêutica e ter a certeza que este compreendeu a mensagem.

Posto isto, coloca-se uma questão prioritária: **porque é que certos pacientes não aderem à terapêutica?** Existem vários factores relacionados:

- Falta de acesso ao medicamento: apesar de actualmente a maioria dos medicamentos ser comparticipada, algumas pessoas, especialmente idosos, têm reformas tão pequenas que impedem a compra destes. Acredita-se que, actualmente, grande parte das não adesões se deve ao elevado custo da medicação. Deve ser, portanto, o primeiro factor a ser considerado;
- Elevado número de medicamentos e esquema terapêutico complexo: alguns esquemas terapêuticos são complicados e exigem um grande empenho por parte do doente, que precisa de adaptar a sua alimentação, horários e hábitos diários para cumprir o tratamento;
- Percepção dos efeitos colaterais da terapêutica: o doente tenta proteger-se da medicação, tendo o dilema de querer obter melhorias apesar de ter dificuldade em aceitar os efeitos colaterais;
- A própria doença: a forma como o paciente vê e compreende a sua doença são importantes, sendo que a ausência de sintomas, tão comum em doenças como a HTA e DM, pode levar à falta de adesão;

Falta de confiança no profissional de saúde e na prescrição: o paciente deve confiar no médico, sendo que a informação e a forma como esta lhe é dada são de grande importância. Portanto, uma boa relação médico-doente é imprescindível.

O próprio carácter e personalidade do paciente têm influência na adesão à terapêutica. Consideram-se três tipos de doentes: os que aceitam e cumprem a medicação, os que aceitam a medicação mas testam os seus efeitos e posteriormente decidem se a vão cumprir e os cépticos, que não aceitam as prescrições médicas. Provavelmente a aceitação do tratamento está intimamente relacionada com a aceitação da própria doença e não tanto com outros factores ³.

Tendo em conta todos os factores enumerados, podem utilizar-se inúmeros métodos para melhorar a adesão do paciente à terapêutica instituída pelo seu médico.

Que atitudes deve o médico de família tomar para melhorar a adesão à terapêutica?

- Estabelecer uma relação de intimidade e respeito mútuo que permita ao paciente confiar no médico. Para isso o médico deverá individualizar cada paciente e saber o que cada um espera da consulta ⁴;
- Deve evitar interromper a consulta ou terminá-la abruptamente, uma vez que o paciente precisa de suporte emocional;
- Explicar ao indivíduo a sua doença, as suas consequências a curto e longo prazo e o modo como o tratamento ajuda a evitá-las ou reduzi-las;
- Considerar o medicamento que vai ser prescrito nas suas vertentes de preço, tolerabilidade e efeitos adversos. Os tratamentos mais baratos e com menos quantidade de efeitos adversos têm sempre melhor adesão;
- Desmistificar certos efeitos colaterais, explicando-os e clarificando qualquer nova sintomatologia que possa surgir, evitando que o doente desista do tratamento;
- Responder a questões colocadas pelos doentes relativamente à terapêutica e discutir as diversas alternativas;

- Pedir ao doente que participe na organização de um esquema terapêutico que facilite a toma diária da medicação;
- Estabelecer um plano terapêutico simples com um esquema de cores e tamanhos associados ao nome do medicamento;
- Reduzir ao máximo o número de tomas, adequado ao estilo de vida do doente;
- Envolver toda a família no tratamento, de modo a conseguir maior colaboração e apoio para o indivíduo ⁵;
- Marcar diversas consultas de vigilância da patologia em causa;
- Monitorizar e modificar o comportamento do doente, fomentando a auto-avaliação e questionando acerca do cumprimento ou não da medicação ⁶.

Apesar da nítida influência sobre a adesão, a relação médico-doente não é suficiente para explicar o fenómeno da não adesão à terapêutica.

A não adesão à terapêutica acarreta consigo visitas extra ao médico e maiores custos tanto para o paciente como para o Sistema Nacional de Saúde, sendo portanto uma questão que deve ser avaliada em todas as consultas. Devem ser destacados os idosos e pacientes com patologia psiquiátrica, pois tem maior propensão à não adesão⁷.

Como conclusão, o médico de família deve actuar nunca separando a doença do seu portador, nem do ambiente que a rodeia. O principal objectivo é integrar o doente no seu contexto económico, social e familiar, de modo a melhorar a sua adesão à terapêutica.

- 1- Lacroix A. Assal JP. L'éducation thérapeutique des patients. Paris: Maloine; 2003.
- 2- Sheridan, C.L. &Radmacher, S.A. Health psychology, challenging the biomedical model, 1992, New York: John Wiley & Sons.
- 3- The Royal College of General Practitioners, O Clínico Geral do Futuro, Aprendizagem e Ensino, 2ª edição, 1993, Tipografia Nunes Lda- Porto.
- 4- A Consulta. Uma abordagem à aprendizagem e ensino. Edição do departamento de Clínica Geral, 1990.
- 5- O clínico geral do futuro. Aprendizagem e ensino- edição do departamento de clínica geral, 1990.
- 6- Goroll AH, May Jr. AG. Cuidados primários em Medicina. Lisboa. McGrawHill, 2007.
- 7- Ley P. Communicating with Patients. Improving Communication, Satisfaction and Compliance. Chapman& Hall, 1988.

Apêndice II. Registos clínicos do Centro de Saúde Urbano

<i>Data</i>	<i>Iniciais</i>	<i>Idade / Gênero</i>	<i>Motivo da Consulta</i>	<i>Lista de Problemas / Diagnósticos</i>	<i>Plano / Orientação / Referenciação</i>	<i>Retorno</i>
21/01	J.M.M.B.	60 anos Masculino	Consulta de vigi- lância de HTA e DM	- HTA não controlada - DM tipo 2 - Dislipidemia mista	- Pede-se Hb A1c - Mantém-se terapêutica da DM (Avandamet® e Diamicron®) - Altera-se terapêutica da HTA (Copalia® e Concor®)	
21/01	M.C.O.C.B.	61 anos Feminino	Consulta de vigi- lância de doente nephrectomizada por neoplasia renal	- Patologia do íleo distal (D.Chron?)	- Pede-se estudo analítico - Pede-se Ecografia renovesical - Pede-se mamografia - Mantém medicação com Pentasa® 500mg - Vai realizar endoscopia por cápsula e Rx baritado em Fevereiro	
21/01	A.F.R.L.C.	44 anos Masculino	Consulta de vigi- lância de Disli- pidemia	- Colite Ulcerosa de longa duração - Dislipidemia	- Mantém medicação com Pentasa® e Supralip®	
21/01	C.M.C.	61anos Feminino	Consulta de vigi- lância de HTA Queixa de gona- lgia intensa	- Gonartrose bilateral com gonalgia intensa - Obesidade - HTA controlada - Dislipidemia	- Mantém medicação habitual - Pede-se consulta de ortopedia no HGSA	Tem alta da fisiatria (para tratamento da gonalgia)
21/01	M.C.P.M.	56 anos Feminino	Consulta de vigi- lância de HTA e DM	- HTA controlada - DM controlada - Insuficiência Renal crónica	- Mantém medicação	
21/01	A.M.M.	53 anos Feminino	Consulta de rotina Problemas ansiosos	- TAC joelho esq revelou meniscopatia degenerativa do joelho esq - Prolapso da válvula mitral com insuficiência mitral ligeira	- Pede-se mamografia - Pede-se ecocardiograma para vigilância de prolapso da válvula mitral - Pede-se consulta de ortopedia no HGSA	
21/01	M.E.O.C.	63 anos Feminino	Consulta de vigi- lância de DM e perturbações depressivas	- HbA1c (18/01):7.4% - DM tipo 2 - Excesso de peso - Cataratas	- Mantém medicação anti-depressiva e para a DM - Medica-se com Levotuss®+Cetirizina 10mg	

<i>Data</i>	<i>Iniciais</i>	<i>Idade / Género</i>	<i>Motivo da Consulta</i>	<i>Lista de Problemas / Diagnósticos</i>	<i>Plano / Orientação / Referenciação</i>	<i>Retorno</i>
			<i>Queixas de tosse persistente</i>			
21/01	J.A.S.T.L.	66 anos Masculino	Consulta de vigi- lância de HTA	- Hipertrofia benigna da próstata - HTA controlada - Obesidade - Paralisia espástica do braço e perna esquerdas	- Mantém medicação com tansulosina, triflusal®, stugeron®, sertralina, omeprazol, ultravinda®	
21/01	M.F.A.B.T.	65 anos Feminino	Consulta de rotina	- Análise de mamografia de rastreio não releva alterações - Análise de DEXA: sem osteoporose	- Sem medicação ou qualquer referenciação	
22/01	B.S.B.M.	9 meses Feminino	Consulta de rotina do 9º mês	- Peso, estatura, perímetro cefálico, dentição normais	- Marca-se consulta para os 12 meses	
22/01	A.C.O.C.	74 anos Masculino	Consulta de vigi- lância de PSOF+ nas 6 amostras	- Pólipo pediculado no sigmoide distal com 10mm (sigmoidoscopia)	- Pede-se colonoscopia total com antestesia e polipectomia	
22/01	C.T.M.L.	56 anos Feminino	Consulta de vigi- lância de dislipidemia	- Mioma intramural com 15mm - Hipercolesterolemia	- Mantém medicação com Crestor® - Pede-se rastreios: mamografia, CCV e Eco Ginecológica	
22/01	A.S.L.	61 anos Masculino	Consulta de vigi- lância de HTA e dislipidemia	- HTA controlada - Stress pós-traumático - Hipercolesterolemia	- Mantém medicação com anti-hipertensivos, alprazolam e Crestor®	

Legenda:

CCV- citologia cervico-vaginal

DM- Diabetes Mellitus

HTA- Hipertensão Arterial

PSOF- Pesquisa de sangue oculto nas fezes

Apêndice III. História clínica

Data e Local de recolha da informação

A informação foi colhida no dia 5 de Fevereiro de 2009, na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Caminha.

Fonte e Fiabilidade da Informação

A fonte foi a doente, que se mostrava colaborante e aparentemente fiável. A história foi colhida com privacidade, não estando mais ninguém presente, para além da doente e da entrevistadora.

Dados Demográficos

Nome: Fernanda A.R.

Sexo: Feminino

Idade: 58 anos

Raça: Caucasiana

Naturalidade: Vila Nova de Cerveira

Residência: Vila Praia de Âncora

Estado Civil: Divorciada

Profissão: Cuidadora de pessoa idosa

Religião: Católica

Escolaridade: 11º ano

Dados biológicos

Peso: 65 kg

Altura: 1,54 m

IMC: 27.4 Kg/m²

Antecedentes Pessoais

Doenças da infância

Refere Varicela e amigdalites.

Nega parotidites, febre reumática, escarlatina e rubéola.

Doenças prévias

- Hipertensão Arterial (HTA) desde os 20 anos;
- Hipercolesterolemia;
- Coxartrose esquerda e osteoartroses da coluna lombar.

Cirurgias e Internamentos

- Nefrectomia esquerda há 32 anos, quando a doente tinha 26 anos, por patologia renal que a doente desconhece;
- Cesariana do 2º filho e laqueação tubar há 31 anos;
- Cirurgia por fractura do punho há 10 anos;

Acidentes e traumatismos

Refere queda de baixo impacto que levou a fractura do punho há 10 anos;

Nega outros acidentes ou traumatismos.

Alergias e Transfusões

Nega alergias alimentares ou medicamentosas e nega ter recebido transfusões sanguíneas.

História Ginecológica e Obstétrica

Menarca aos 13 anos com interlúnios regulares e cataménios de cerca de 4 dias, com fluxo dentro da normalidade.

Coitarca aos 20 anos.

2Gestações e 2 Partos de termo, sem história de abortamentos ou gravidez ectópica. O primeiro parto foi eutócico e o segundo por cesariana no hospital de Viana de Castelo. Os partos e puerpérios ocorreram sem intercorrências.

Utilizou Anticoncepcionais Orais por apenas um ano, entre as duas gravidezes e realizou laqueação tubar aos 27 anos.

Menopausa aos 50 anos.

Hábitos e Estilos de Vida

Alimentação

Normalmente faz 6 refeições diárias: pequeno-almoço, lanche ao meio da manhã, almoço, dois lanches e jantar. Na sua alimentação há um grande consumo de pão, maior consumo de peixe do que carne e há pouco consumo de legumes. Refere fazer restrição salina e consumir cerca de 2L de água por dia.

Tabaco, café, álcool e drogas

Nega o consumo de qualquer um destes.

Viagens

Viaja pontualmente a Espanha, uma vez que é próxima da sua casa.

Refere uma viagem a França quando o filho era pequeno (não sabe precisar a data), tendo ficado em casa de uns amigos cerca de 1 mês.

Nega outras viagens distantes da sua área de residência.

Actividade física

Pratica a actividade física inerente a cuidar da senhora idosa e dança todos os fins-de-semana, frequentando bailes com as amigas.

Medicação habitual

Viartril –S ®(1x dia)

Tenormin® (1x dia)

Fludex LP ® (1x dia)

Zaldiar® SOS (quando tem dores fortes devido às osteoartroses)

Rotina diária

Acorda às 7h da manhã, ficando na cama a ver o telejornal até às 8h. Entretanto, levanta-se, toma o pequeno-almoço, arruma a casa e vai para casa da senhora idosa, conduzindo um veículo próprio, onde inicia o trabalho às 11h30. Quando chega aí, toma um lanche e faz as suas tarefas, tal como confeccionar o almoço. Almoça às 13h30, e continua a cuidar da senhora até às 17h30, altura em que recolhe a casa e faz o jantar para ela e para a filha, que vive na mesma casa.

Ao fim-de-semana não trabalha e costuma sair com as amigas, frequentando bailes ao sábado à noite e ao domingo à tarde. Ao domingo é o dia do almoço de família, em que reúne os dois filhos.

História Social

Habitação

A doente vive numa casa com luz, água canalizada, saneamento básico e aquecimento localizado. A casa tem 3 quartos, 1 sala, uma cozinha e uma casa de banho. Tem inúmeros animais (7 gatos e 3 cães).

Estrutura familiar

É divorciada desde os seus 29 anos. Vive com a filha de 35 anos. O filho, de 32 anos, vive sozinho, numa casa perto de si.

Antecedentes Familiares

1. Avós paternos e maternos: já faleceram, desconhece o motivo.
2. Mãe: Idalina, faleceu aos 68 anos por crise hiperglicémica. Tinha Diabetes Mellitus (DM) e HTA.
3. Pai: Antero, faleceu aos 72 anos. A paciente desconhece o motivo e nega patologias anteriores.
4. Irmãos: 1 irmã, Maria Isabel, de 63 anos com osteoartroses e 1 irmão, João Manuel, de 45 anos saudável.
5. Filho: Filipe, 32 anos, tem HTA.
6. Filha: Susana, 35 anos, saudável.

Biopatografia

<i>Biografia</i>	<i>Data</i>	<i>Patografia</i>
Nascimento	1951	
Entrou para a escola; Vivia com os pais, avó e irmã	1956	
Nasceu o irmão Aos 13 anos, foi estudar para Valença, para um colégio interno, no qual ficou até aos 18 anos	1964	
Foi estudar e viver para Viana do Castelo para casa de uma amiga e respectivos pais	1969	
	1971	<i>HTA</i>
Completo o 11º ano Aos 21 anos, foi trabalhar para um café, onde conheceu o marido	1972	
Casou	1973	
Nasceu a filha	1974	
Nasceu o filho	1977	<i>Nefrectomia esquerda Laqueação tubar</i>
Divorciou-se	1980	
	1999	<i>Fractura do punho</i>
Começa a cuidar de senhora idosa	2007	<i>Osteoartroses</i>

Fernanda nasceu em 1951, em Vila Nova de Cerveira, em casa, não tendo havido complicações com o parto.

Morava com os pais, avó materna e a irmã mais velha, Maria Isabel. Os pais eram ambos trabalhadores no campo e tinham uma vida modesta, apesar de nunca terem passado dificuldades. Refere que adorava a avó, seguindo tudo o que ela dizia e tendo aprendido muito com ela. Aos 13 anos, altura em que nasceu o irmão, João Manuel, foi estudar para Valença, onde ficou alojada num colégio interno. Gostou desta altura da vida, no entanto, aos 18 anos, resolveu ir para casa de uma amiga que conhecia em Viana do Castelo, e ficar aí a estudar. Os pais da amiga tratavam-na muito bem, e estabeleceu uma relação próxima com estes. Desistiu de estudar, pois quis começar a ganhar o seu dinheiro.

Aos 21 anos (1972), foi trabalhar para um café, em Vila Nova de Cerveira, onde servia ao balcão. Foi aí que conheceu Jorge, que pertencia à Marinha. Apaixonaram-se e casaram passado um ano. Foram viver para Vilar de Mouros, numa casa com 2 quartos, com boas condições de habitabilidade. Fernanda engravidou logo após o casamento, sendo que a filha, Susana, nasceu quando tinha 23 anos. Saiu do café, onde trabalhava, e foi para recepcionista de uma residencial em Moledo, que fechou

passado algum tempo, tendo ficado desempregada. Foi aí que a relação com o marido começou a piorar, uma vez que este não queria trabalhar, era alcoólico e fumava bastante. Fernanda tentou combater estes maus hábitos, mas não conseguia. Engravidou novamente aos 25 anos, tendo tido o segundo filho, Filipe. Logo após o nascimento do filho, foi avisada pelo médico que o seu rim estava “atrofiado” (sic) e deveria retirá-lo. Como tal, foi nefrectomizada e fez, concomitantemente laqueação tubar, uma vez que não desejava voltar a engravidar.

Nessa fase da sua vida não conseguia arranjar emprego e a relação com o marido estava cada vez pior, sendo que o dinheiro para tratarem dos dois filhos, já era pouco. Por falta de entendimento, divorciou-se de Jorge, tendo ficado a morar na mesma casa, uma vez que o marido saiu. Os filhos mantiveram pouco contacto com o pai, sendo a mãe que lhes dava toda a educação. Encontrou emprego num restaurante, onde servia à mesa. Fernanda diz que, por esta altura, o ex-marido, Jorge, teve um AVC que o deixou numa cadeira de rodas, tendo falecido após um ano. Esta informação foi-lhe dada pela sua ex-cunhada, que lhe telefonou a avisar.

Em 1993, quando tinha 42 anos, mudou para uma casa alugada em Vila Praia de Âncora, com 3 quartos, onde poderia ficar cada filho num quarto. Para desgosto de Fernanda, ambos os filhos terminaram a escolaridade no 9º ano. Susana, trabalhou em diversas lojas, estando actualmente a trabalhar numa loja de fotografia, no centro Comercial de Viana do Castelo e Filipe trabalha nas obras, na construção civil, desde que terminou a escolaridade.

Filipe saiu de casa da mãe aos 25 anos, quando alugou uma casa na proximidade e se juntou a uma companheira durante 4 anos. Neste momento, vive sozinho, e vai ao fim de semana a casa da mãe, principalmente ao domingo, onde almoçam todos juntos.

Susana ainda vive com a mãe e não tem nenhuma relação amorosa. Fernanda refere que a filha teve namorado durante bastante tempo, mas teve um “desgosto amoroso” e não voltou a ter namorado pois não quer sofrer mais.

Fernanda, passado um ano de ter mudado para Vila Praia de Âncora, teve um companheiro, Júlio, que se mudou para sua casa, durante 8 anos. Este era muito ciumento, pelo que se separaram. Voltou a ter mais um namorado, Valdemar, passado

um ano, durante 5 anos, mas nunca chegaram a viver juntos. A relação terminou mas continuam a ser amigos. Desde há cerca de 10 anos que Fernanda não tem nenhuma relação amorosa e diz sentir-se bem com esse facto pois vê todas as amigas tristes com as relações que têm, portanto prefere estar sozinha, sentindo-se bem com o seu estado de “solteira”.

Relativamente aos irmãos, João Manuel e Maria Isabel, diz que têm uma boa relação mas só estão juntos uma vez por mês pois cada um tem a sua vida e vivem os dois em Vila Nova de Cerveira.

Neste momento, Fernanda vive com a filha, que diz ser bastante autoritária e “querer meter o nariz em tudo” mas dão-se bem. Diz que Filipe é bastante mais calmo e têm melhor relação, pois não é tão intrometido. No entanto, gosta bastante de ambos, não conseguindo diferenciá-los.

Desde 2007 que trata de uma idosa de 88 anos, em Moledo, que diz ter um “feitio insuportável” pois não quer tomar banho, nem mudar de pijama. Deu relevo a um episódio que se passou há uns meses, em que a senhora caiu quando foi à casa de banho e depois acusou Fernanda, perante os filhos, de a ter empurrado, tendo-se referido a ela como “assassina”. Desde aí, Fernanda não lhe deu mais confiança, mas diz ter boa relação com os filhos da idosa, que já lhe disseram conhecer o feitio da mãe.

Fernanda diz que tem uma vida simples mas muito boa, em que ganha 380 euros por mês, que junto com o ordenado da filha, dá para terem uma vida sem dificuldades.

Relações Sociais

Guida: Amiga de longa data, com quem conversa sobre tudo e se encontra frequentemente. Esta amiga é casada;

Bela: é sua cabeleireira e têm uma boa relação de amizade;

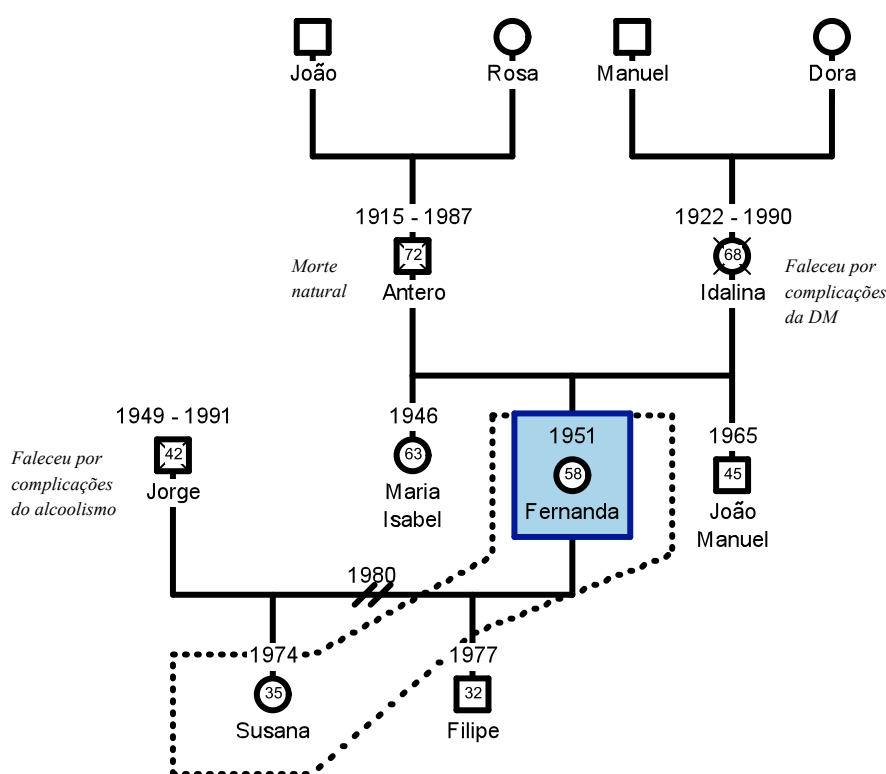
Lina: sua vizinha, que considera bastante falsa e diz que saiu do seu círculo de amigas há pouco tempo, desde as eleições, em que esta quase a obrigou a dizer em quem ia votar;

Amigos dos Bailes: tem várias amigas e amigos que dançam ao sábado e domingo e dizem gostar muito de Fernanda, pois a consideram muito alegre.

Avaliação da componente familiar

A doente mostrou-se sempre bastante colaborante e compreendeu perfeitamente o pretendido.

Genograma



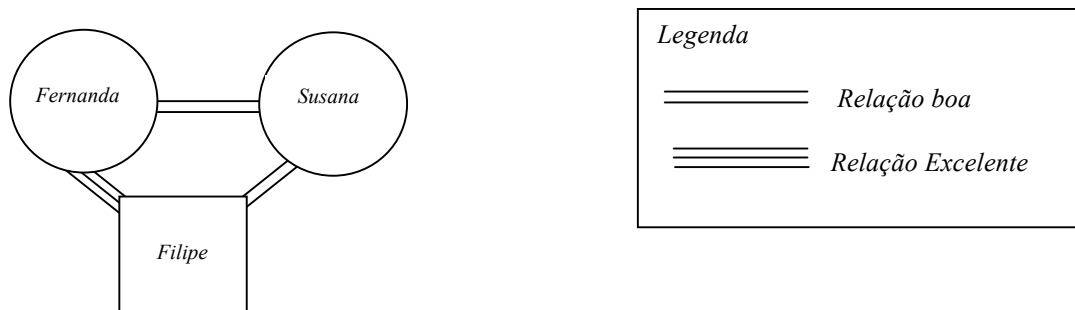
Fernanda não se recorda das datas de nascimento e falecimento dos seus avós, nem a causa de morte.

Nesta família não existe história de doenças cardiovasculares ou neoplasias. No entanto, tanto Fernanda como seu filho, Filipe, têm HTA. A mãe, Idalina, também tinha HTA. A patologia de osteoartrose também é partilhada por Fernanda e a sua irmã Maria Isabel.

O agregado familiar de Fernanda consiste na sua filha, Susana.

Psicofigura de Mitchel

A psicofigura foi realizada pela utente, unindo, através de diferentes tipos de linhas de significado pré-estabelecido, os elementos do seu agregado familiar.



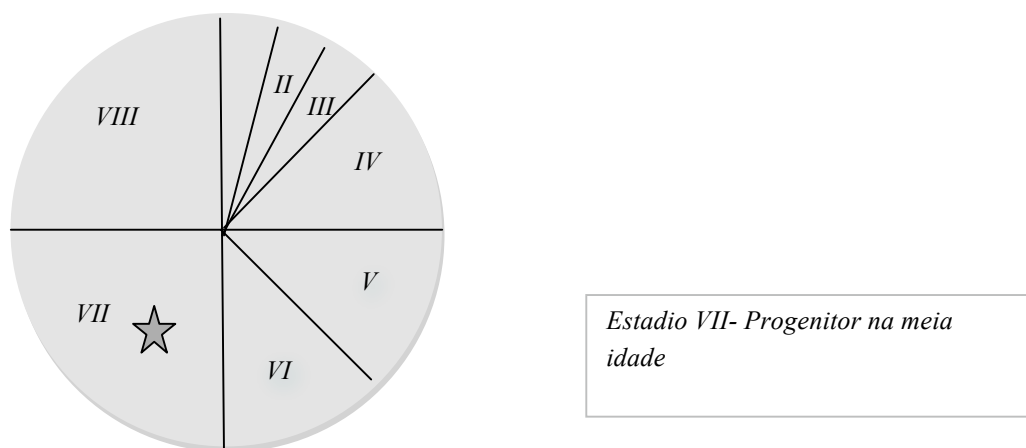
Apesar de Filipe não viver com a mãe e irmã, foi considerado, uma vez que passa bastante tempo lá em casa e porque Fernanda o considera membro da casa, do mesmo modo que Susana.

Fernanda considera manter melhor relação com o filho pois não é tão autoritário e é bastante mais calmo.

Ciclo de Vida de Duvall

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

O médico ao identificar uma nova etapa em que a família vai entrar, pode apoiá-la e prepará-la para a transição, pelo que este instrumento é indispensável.

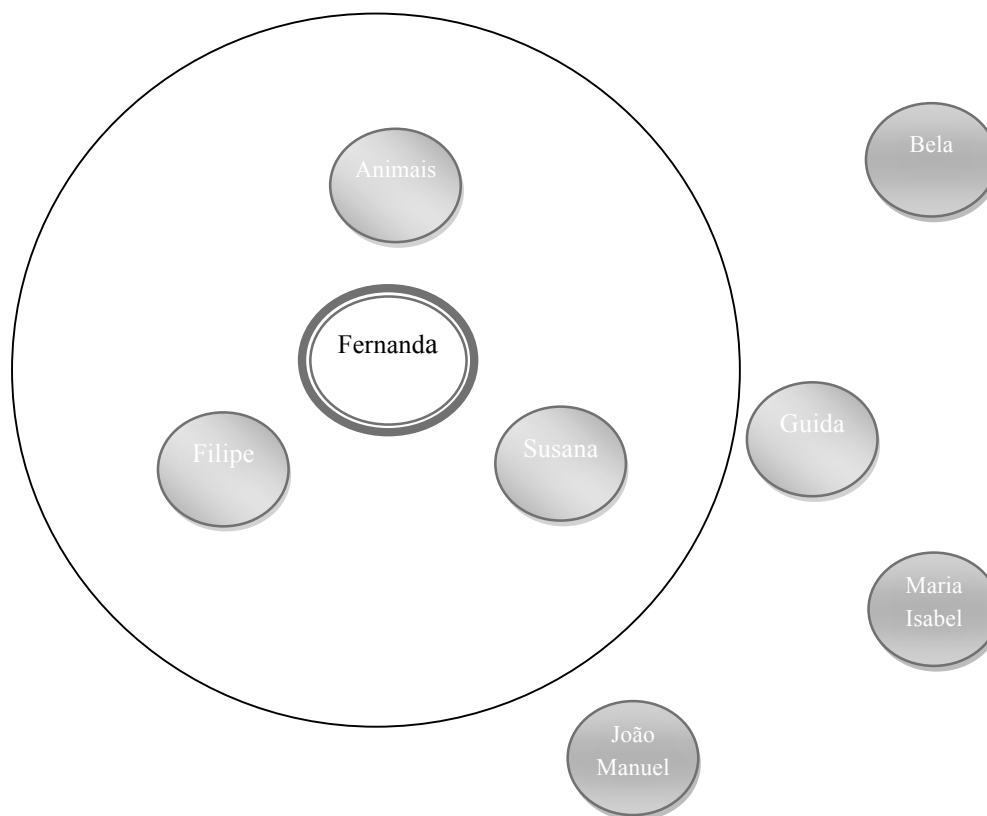


APGAR	<i>Quase sempre (2 pontos)</i>	<i>Algumas vezes (1 ponto)</i>	<i>Quase nunca (0 pontos)</i>
<i>Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa</i>	x		
<i>Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema</i>	x		
<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		
<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	
<i>Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família</i>	x		
Total		9 pontos	

Nota: 7-10: família altamente funcional; 4-6: família com moderada disfunção; 0-3: família com disfunção acentuada.

Neste caso, o Apgar familiar foi de 9 pontos, o que corresponde a uma família altamente funcional. A utente está satisfeita, no global, com a sua família e tudo o que a envolve. Adopta apenas uma posição intermédia em relação ao modo como a família lida com os seus sentimentos, dando relevo à sua filha, que diz não ser tão compreensiva.

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



Da análise da figura, conclui-se que Fernanda se coloca no centro da família e coloca ambos os filhos com a mesma proximidade, tal como aos 7 gatos e 2 cães com quem vive.

Dá especial relevo à amiga Guida, que diz passar muito tempo com ela e confiar completamente. De forma mais distante, mas ainda com importância na sua vida coloca os irmãos Maria Isabel e João Manuel e Bela, a cabeleireira.

À questão “está contente com a representação que fez da sua família”, Fernanda respondeu que sim.

Tabelas de risco familiar

Por observação das tabelas de risco familiar de Imperatori e SegoviaDreyer, notei que esta família não é considerada uma família vulnerável.

Classificação social de Graffar

Este método baseia-se num conjunto de 5 critérios, que permitem avaliar de forma global o nível socioeconómico da família. Inclui 5 classes, sendo que, a Classe I representa um nível social alto e a Classe V um nível social baixo, com necessidade de apoio social.

<i>Critérios</i>	<i>Pontuação</i>
<i>Profissão Doméstica</i>	<i>5</i>
<i>Nível de instrução 11º ano</i>	<i>5</i>
<i>Fonte principal de rendimento Vencimento mensal fixo</i>	<i>3</i>
<i>Tipo de habitação Casa modesta, com 3 quartos, 1 cozinha, 1 casa de banho, iluminado e arejada e Com electrodomésticos essenciais</i>	<i>3</i>
<i>Aspecto do bairro habitado Bom local</i>	<i>2</i>
<i>TOTAL</i>	<i>18</i>

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

Consulta 5 Fevereiro

Subjectivo

Fernanda veio à consulta do médico de família como vigilância da HTA e para pedir estudo analítico de rotina e medicação habitual. Não apresentava queixas “de novo”.

Objectivo

Estado Geral

Consciente, colaborante e orientada no tempo, no espaço e em relação aos outros.

Bom estado geral e nutricional. Idade aparente inferior à idade real.

Pele e mucosas coradas e hidratadas, sem cianose ou icterícia.

Sem deformações aparentes

Sinais Vitais

Tensão Arterial: 156/76 mmHg, média de 3 medições, com a doente sentada, no membro superior esquerdo.

Frequência Cardíaca: 58 bpm, pulso rítmico, regular, amplo e simétrico.

Frequência Respiratória: 15 cpm, movimentos amplos e simétricos.

Dados antropométricos

Peso: 65 kg

Altura: 1,54 m

IMC: 27.4 Kg/m²

Cabeça e Pescoço

Ausência de deformidades aparentes ou lesões a nível da face ou couro cabeludo.

Conjuntivas coradas e hidratadas. Ausência de edema palpebral. Sem sinais de hemorragias ou secreções anormais. Não foi realizado exame da acuidade visual.

Pavilhões auriculares de implantação normal, simétricos, sem deformidades. Não foi efectuada otoscopia.

Ausência de adenomegalias retroauriculares, occipitais, cervicais ou supraclaviculares.

Tiróide não palpável.

Artérias carótidas sem dilatações ou palpações visíveis.

Tórax

Simétrico, com expansibilidade e mobilidade normais. Sem deformidades visíveis.

Auscultação Cardíaca: S1 e S2 presentes. Sem sopros.

Auscultação Pulmonar: Sons respiratórios audíveis bilateralmente. Sem ruídos adventícios.

Mama: sem nodularidades palpáveis, alterações na forma ou escorrências.

Abdómen

Abdómen globoso, simétrico, sem dismorfias ou circulação colateral. Ruídos hidro-aéreos de intensidade e frequência normais.

Timpanismo difuso.

Depressível e indolor à palpação. Sem massas ou organomegalias palpáveis.

Membros e Dorso

Membros superiores simétricos, sem atrofia das massas musculares. Cicatriz no punho da mão direita, sem quelóide. Membros sem dores à mobilização.

Membros inferiores com veias varicosas, sem deformidades, com dificuldade à mobilização.

Dorso com cicatriz na região lombar lateral esquerda. Dor à mobilização da coluna lombar.

Exame ginecológico, perianal e neurológico

Não realizados.

Avaliação (diagnósticos)

Osteoartroses ao nível da coluna lombar e articulações coxofemurais;

Hipertensão Arterial;

Má aceitação do emprego actual (má relação com idosa);

Excesso de peso.

Plano

Mantém a terapêutica com Viartril –S ® (1x dia), Tenormin® (1x dia), Fludex LP ® (1x dia), Zaldiar® SOS quando tem dores fortes devido às artroses.

Pede-se estudo analítico de rotina.

Quanto ao emprego, deve tentar dar menos importância à relação com a idosa e conversar com os filhos desta para expor o problema.

Lista de Problemas

Problemas activos

HTA

Osteoartroses

Ansiedade em relação ao emprego actual

Excesso de peso

Problemas passivos

Nefrectomia esquerda

Laqueação tubar

Divórcio e falecimento do ex-marido

Fractura do punho direito

Relações amorosas anteriores mal sucedidas

Má relação com a vizinha, Lina

Médico de família: Dr. José Rodrigues

Comentário

Fernanda é uma pessoa instruída e informada, o que facilitou todo o nosso diálogo. É uma pessoa extremamente alegre e bem disposta, com quem todos querem partilhar momentos e combinar saídas. Neste momento não tem nenhum companheiro, devido às más experiências que teve no passado. Apesar de toda uma dinâmica de desemprego, ex-marido alcoólico e fumador, não mostra nenhum ressentimento e vive cada dia como se nada de mau lhe tivesse acontecido.

É uma pessoa extremamente extrovertida, activa e sempre com um sorriso na cara, sendo que durante a nossa entrevista recebeu vários telefonemas de amigas que queriam saber como está planeada a festa de Carnaval. Apesar de gostar de sair de casa, não abdica da sua família e dos seus almoços de Domingo, em que consegue juntar os dois filhos e conversar sobre a semana que decorreu.

Neste momento, o que mais preocupa Fernanda é a gordura, tendo-me pedido para elaborar um plano alimentar em que pudesse perder algum peso, apesar de admitir que não consegue resistir a comer pão. Outro dos problemas é a relação com a idosa de que cuida, que descreve como pouco sociável, manipuladora e pouco flexível quanto aos seus hábitos de pouca higiene e de refeições. Fernanda diz que por vezes comenta com ela “Ainda hei-de partir primeiro do que você!”, o que mostra algum desagrado em ser cuidadora da senhora.

Esta utente é portanto bastante independente, animada e feliz com a sua vida, sendo que o médico pode ter um papel mais passivo mas atento ao nível da sua dinâmica familiar mas deve manter sempre um papel activo no controle das suas patologias. Deve também fazer certas recomendações que permitam à utente uma desvalorização da relação coma idosa ou arranjar alternativas quanto à sua ocupação.

Apêndice IV. Fluxograma de decisão

Avaliação do paciente com dispneia

Pensar nos diversos diagnósticos possíveis

Diagnóstico diferencial de dispneia

Cardíaco

Insuficiência Cardíaca Congestiva

Doença coronária

Enfarte agudo do miocárdio

Cardiomiopatia

Hipertrofia ventricular esquerda

Pericardite constrictiva

Arritmias

Shunt arterio-venoso

Pulmonar

Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

Asma

Pneumonia

Pneumotórax

Doença pulmonar intersticial

Misto (cardíaco ou pulmonar)

Hipertensão Pulmonar

Embolia Pulmonar

Trauma

Outras causas

Gestação

Descondicionamento físico

Obesidade

Anemia

Hipertireoidismo

Dor

Ansiedade

Acidose metabólica

Alterações neuromusculares

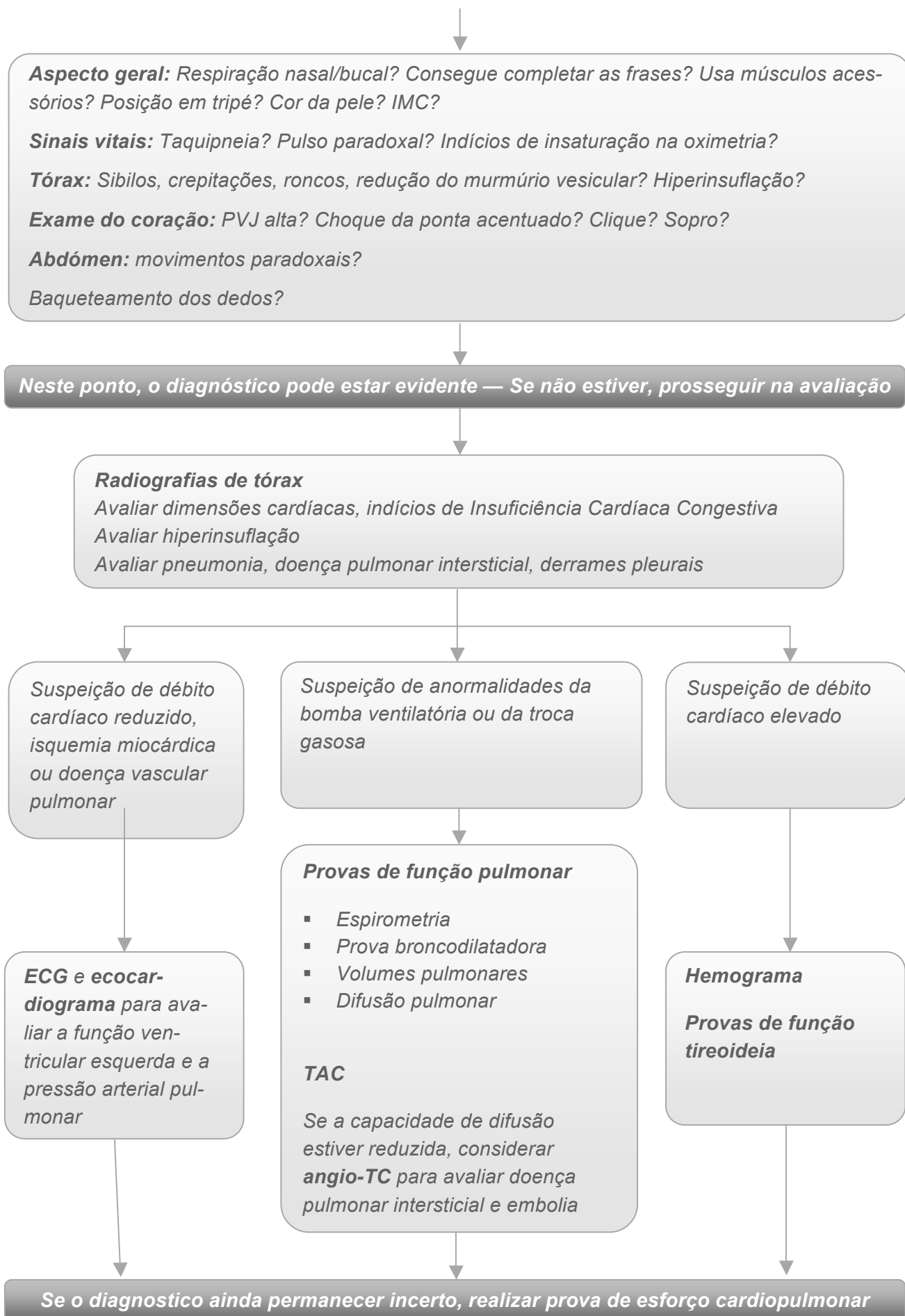
Aspiração de corpo estranho

Intoxicação medicamentosa ou outra

História Clínica

- Início agudo /crônico (mais de 30 dias)
- Tipo de sensação: sensação de aperto ou constrição torácica
- Persistente versus intermitente
- Aumento do trabalho ou esforço respiratório
- Falta de ar, necessidade ou desejo urgente de respirar
- Incapacidade de respirar profundamente, respiração insatisfatória
- Respiração rápida, pesada, respira com mais frequência
- Periodicidade, predomínio diurno/nocturno
- Alterações posturais (trepopneia, ortopneia, platipneia)
- Doenças prévias, medicações, tabagismo, ocupação, ambiente

Exame Físico



1. American thoracic society. Dyspnea: mechanisms, assessment and management: A consensus statement. Am J Respir Crit Care Med 159: 321-340, 1999.
2. Schwartzstein RM. The language of dyspnea, in Dyspnea: Mechanisms, measurement, and management, DA Mahler and DE O' Donnell (eds). New York, Marcel Dekker, 2005.
3. Tobin MJ. Dyspnea. Pathophysiologic basis, clinical presentation, and management. Arch Intern Med 1990;150:1604-13.

Apêndice V. Registos clínicos do Centro de Saúde Rural

<i>Data</i>	<i>Iniciais</i>	<i>Idade / Género</i>	<i>Motivo da Consulta</i>	<i>Problemas / Diagnósticos</i>	<i>Plano / Orientação / Referenciação</i>	<i>Retorno</i>
3/02	J.A.F.	79 anos Masculino	Consulta de vigilância de DM e HTA	- DM tipo 2 controlada - Hipertrofia benigna da próstata - HTA controlada - AVC há 2 anos - EAM há 2 anos	- Receita-se medicação habitual (glucobay®, ramipril, tiras de glicemia)	
3/02	D.Z.G.	74 anos Feminino	Consulta de vigilância de DM e HTA	- DM tipo 2 controlada - HTA controlada - Obesidade - Dislipidemia	- Receita-se medicação habitual (vascase plus®, sinvastatina, dipiridamol)	
3/02	M.A.G.	80 anos Feminino	Consulta de vigilância de HTA	- HTA controlada - Obstipação crónica	- Receita-se medicação habitual (tromalyt®, micro-lax®, ramipril+isradipina)	
3/02	J.M.R.P.	50 anos Masculino	Lombalgia com irradiação para a perna direita Avaliação de estudoanalítico	- Cíatalgia de esforço com predomínio à direita	- Receita-se Zaldiar® e Celebrex®.	
3/02	D.P.G.	17 anos Feminino	Avaliação de ECD	Rx coluna vertebral normal Estudo analítico normal		
3/02	E.A.S.	75 anos Masculino	Escoriações e prurido na região maleolar externa da perna esquerda	- Gota - HTA controlada - Dislipidemia - Lesão na perna sugestiva de vasculite - Varicocelo	- Receita-se Cutivate®creme - Vai realizar cirurgia de correcção a varicocelo	
3/02	M.P.G.	63 anos Feminino	Pedido de relatório - reforma por invalidez	- DM tipo 2 - Dislipidemia - Gonartroses bilaterais	- Preenche-se o relatório de reforma por invalidez	- Consulta Externa de Ortopedia: "Gonalgia bilateral com características mecânicas que não melhora com a medicação instituída. Propõe-

<i>Data</i>	<i>Iniciais</i>	<i>Idade / Género</i>	<i>Motivo da Consulta</i>	<i>Problemas / Diagnósticos</i>	<i>Plano / Orientação / Referenciação</i>	<i>Retorno</i>
						<i>se prótese bilateral dos joelhos, que a doente recusa.”</i>
3/02	S.C.A.G.	17 anos Feminino	Vómitos alimentares, diarreia e febre (37.2°C) desde a última noite	- Gastroenterite de provável etiologia vírica	- Ranitidina (1 amp) + Primperan (1amp) + Soro Fisiológico IV - Omeprazol e Primperan em ambulatório	
3/02	C.S.M.L.	31 anos Feminino	Consulta de rotina	- Dermatite Seborreica	- Pede-se estudo analítico - Altera-se Diane 35 ® por Minulet®	Termina tratamento com isotretinoína no dermatologista
3/02	R.S.P.P.	19 anos Feminino	Pedido de análises e atestado médico para a carta de condução		- Pede-se estudo analítico - Preenche-se atestado médico para condutor de veículos	
3/02	R.S.V.	56 anos Masculino	Consulta de vigilância de DM e HTA Vem mostrar ECD (ECG, Ecocardiograma e Prova de esforço)	- DM tipo 2 controlada - HTA controlada - Exames cardíacos normais	- Mantém medicação habitual	
3/02	I.C.L.V.	57 anos Feminino	Consulta de vigilância de HTA	- HTA controlada	- Mantém medicação	
3/02	M.P.C.V.	78 anos Feminino	Parestesias e fraqueza muscular na mão esquerda	- Hipotireoidismo - Bronquite - HTA controlada - Dislipidemia	- Mantém medicação habitual - Orienta-se para Fisioterapia	Cirurgia a Síndrome do Túnel Cárpio a 4 de Dezembro 2009

Legenda:

AVC- Acidente Vascular Cerebral

DM- Diabetes Mellitus

EAM- Enfarte agudo do miocárdio

ECD- Exames Complementares de diagnóstico

ECG- Electrocardiograma

HTA- Hipertensão Arterial

Apêndice VI. Questionário aplicado ao estudo "Consumo de Psicofármacos em utentes do CSSJ e da UCSPC"

Sexo: ☐ ☐

Idade: 19-35 ☐ 36-65 ☐ ≥66 ☐

Centro de Saúde: Urbano ☐ Rural ☐

Consumo: Sim ☐ Não ☐

1) Ansiolíticos:

BZD tranquilizantes ☐ (dia, lora, alpra, oxa, mexa, broma (zepam), cloradiazepóxido...)

BZD hipnóticos ☐ (flura, nitra, midazolam, zolpidem, zopiclone...)

Outros ☐ (valeriana, buspirona...)

2) *Anti-Depressivos:*

Tricíclicos ☐ (praminas, triptilinas...)

SSRI ☐ (fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina, citalopram, duloxetina...)

Outros ☐ (venlafaxina, trazodona, mirtazipina...)

Apêndice VII. Consumo de Psicofármacos em utentes do CSSJ e da UCSPC

Resumo

Introdução: A utilização de psicofármacos (PF) tem vindo a aumentar nas últimas décadas, principalmente nos países industrializados. Pretende-se com este estudo determinar a percentagem de utentes que consomem PF e verificar se existe uma associação entre o consumo de PF e factores sócio-demográficos.

Material e Métodos: Este estudo foi realizado no âmbito da tese de mestrado integrado da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Foi aplicado um questionário aos utentes com idade igual ou superior a 19 anos, nas consultas levadas a cabo durante quatro semanas, em dois Centros de Saúde, sendo um de ambiente urbano (Centro de Saúde S. João) e outro de ambiente rural (Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Caminha).

Resultados: O consumo de psicofármacos foi superior no sexo feminino (43.8%) face ao sexo masculino (27.6%). Também se mostrou superior nas idades mais avançadas e nas pessoas que vivem em meio urbano. Na amostra global, a classe de psicofármacos mais consumida é a das benzodiazepinas tranquilizantes (46.3%), seguida pelos antidepressivos inibidores da recaptação da serotonina (19.8%).

Discussão: A prevalência de utilização de psicofármacos foi claramente superior à da média Europeia. Identificaram-se como factores associados ao consumo destes fármacos o sexo feminino, a idade avançada e o ambiente urbano.

Os psicofármacos são definidos como aqueles que afectam o humor e o comportamento. Estes fármacos podem ser subdivididos em três classes: ansiolíticos, antidepressivos e antipsicóticos. No trabalho exposto, o consumo destes últimos não é avaliado, sendo apenas considerada a utilização de ansiolíticos e antidepressivos.

Sabe-se que a utilização de psicofármacos tem vindo a aumentar nas últimas décadas por diversos motivos sociais e familiares, principalmente nos países industrializados¹. O aumento das doenças mentais é actualmente um problema de saúde pública, sendo que a depressão grave é uma das principais causas de incapacidade em todo o mundo e uma em cada quatro pessoas será afectada por um distúrbio mental ao longo da vida².

As benzodiazepinas (BZD) constituem o grupo de PF mais prescrito em todo o Mundo, com uma prevalência de prescrição em Portugal que é a terceira maior em toda a Europa, apenas ultrapassado pela Irlanda e Bélgica, à custa das BZD ansiolíticas. Em Portugal, cerca de 60% das prescrições destes fármacos são feitas pelo médico de família³. Note-se que segundo dados do Instituto da Farmácia e do Medicamento (Infarmed), a comercialização destes fármacos no mercado ambulatorio do Serviço Nacional de Saúde (SNS) atingiu os 184 milhões de euros no ano 2002⁴.

Inúmeros estudos colocam os PF dentro daqueles de maior auto-utilização, com graves consequências na saúde individual e colectiva, uma vez que a maioria destes provoca dependência, tolerância e interacções perigosas com substâncias de abuso e outros tipos de fármacos¹.

O acréscimo no consumo parece ser justificado por exigências da vida moderna e a forma como cada indivíduo encara a sua realidade, sendo que a competitividade, a produtividade, a insegurança laboral e o stress nas relações sociais e familiares são os principais factores desencadeantes de ansiedade, sintomas depressivos e perturbações do sono.

O médico de família tem um papel preponderante na instituição da terapêutica, pois cerca de 95% da patologia psiquiátrica surge pela primeira vez nas suas con-

sultas. Este deve instituir terapêutica, na maior parte das vezes, com o objectivo de minorar a incapacidade, reduzir os sintomas e evitar a sua recorrência.

Os objectivos do estudo realizado são:

- Determinar a percentagem de utentes que consomem PF;
- Verificar se existe uma associação entre o consumo de PF e factores sócio-demográficos.

Material e Métodos

Tipo de estudo: observacional analítico transversal.

Período de estudo: de 18 de Janeiro até 12 de Fevereiro de 2010 (4 semanas).

Local do estudo: CSSJ e UCSPC.

População em estudo: utentes da consulta, em que houve contacto directo.

Amostra: utentes de ambos os Centros de Saúde, com idade igual ou superior a 19 anos que apareceram na consulta programada ou aberta. A amostra inclui 197 utentes.

Variáveis estudadas

Variável dependente: consumo de psicofármacos, que se considerou como consumo diário, no último mês.

Variáveis independentes: sexo, idade.

Método de recolha da informação: os dados foram recolhidos através de um questionário aplicado através de entrevista ou através da consulta do processo clínico do doente.

Tratamento dos dados: os dados, depois de recolhidos, foram codificados e tratados em Microsoft Office Excel 2007[®].

Operacionalidade das variáveis:

Variável dependente:

Os ansiolíticos foram divididos em benzodiazepinas tranquilizantes, benzodiazepinas hipnóticas e outros (valeriana, buspirona etc.).

Os antidepressivos (AD) foram divididos em tricíclicos, inibidores selectivos da recaptação da serotonina (SSRI) e outros (trazodona, venlafaxina, mirtazipina etc.).

Variáveis independentes:

Sexo: dividido em masculino e feminino

Idade: dividido em 3 grupos etários (19-35 anos; 36-65 anos; ≥ 66 anos)

Resultados

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Obteve-se uma amostra de 197 indivíduos, sendo que 98 correspondem aos utentes inquiridos no CSSJ e 99 correspondem aos utentes da UCSPC.

Na amostra total, cerca de 61.4% são mulheres e 38.6% homens. A faixa etária mais prevalente, no estudo foi 36-65 anos (52.8%), seguida por ≥ 66 anos (34.5%) e 19-35 anos (12.7%).

Foi possível caracterizar a amostra rural e urbana, como se apresenta nas tabelas I e II.

Tabela1 - Caracterização da amostra urbana (CSSJ)

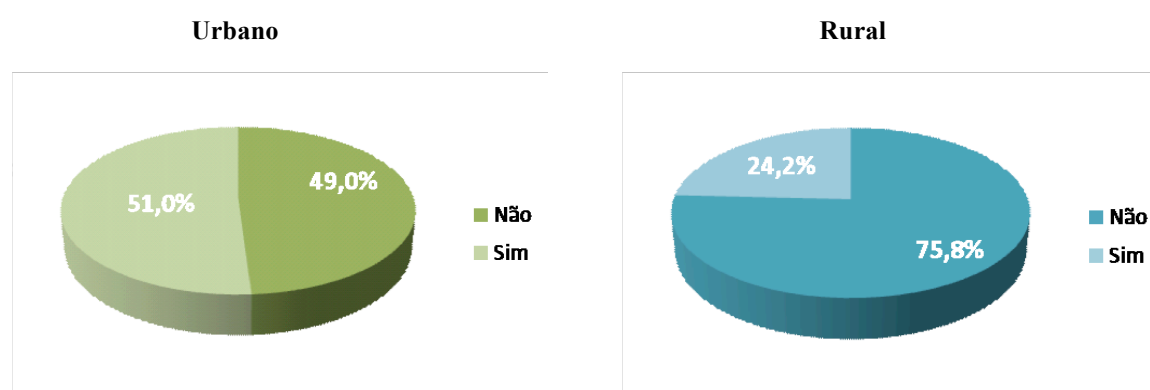
	n	%
Distribuição por sexo		
Masculino	37	37,8
Feminino	61	62,2
Distribuição por grupo etário		
19-35 anos	9	9,2
36-65 anos	52	53,1
≥ 66anos	37	37,8

Tabela 2 - Caracterização da amostra rural (UCSPC)

	n	%
Distribuição por sexo		
Masculino	39	39,4
Feminino	60	60,6
Distribuição por grupo etário		
19-35 anos	16	16,2
36-65 anos	52	52,5
≥ 66anos	31	31,3

CARACTERIZAÇÃO DO CONSUMO

A prevalência do consumo de psicofármacos foi de 37.6% na amostra total, sendo de 33% de ansiolíticos e 19.3% de antidepressivos. Tendo em conta as duas amostras, constatou-se que no Centro de Saúde Urbano o consumo foi de 51.0% e no Centro de Saúde Rural foi de 24.2%.



No que diz respeito ao tipo de psicofármaco, constatou-se que, na amostra global, a classe mais consumida é a das Benzodiazepinas tranquilizantes (46.3%), seguida pelos SSRI (19.8%) e BZD hipnóticas (12.4%) e Outros Antidepressivos (12.4%). No entanto, quanto se faz o estudo das amostras em separado, verificam-se algumas diferenças nos grupos de psicofármacos que se seguem às BZD tranquilizantes, como se verifica nas seguintes figuras.

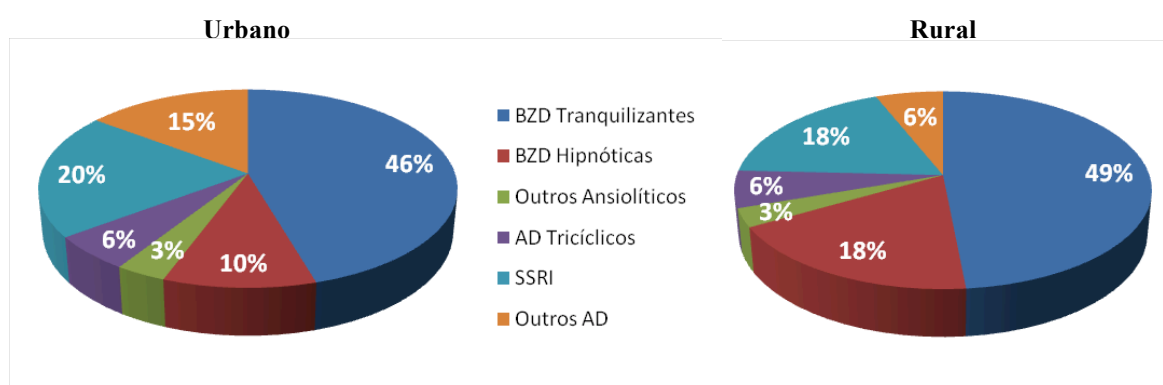


Figura 2 - Prevalência de consumo por tipo de psicofármaco, nas duas amostras

A análise do consumo de psicofármacos por sexo, demonstrou que há maior consumo nas mulheres (43.8%) do que nos homens (27.6%), na amostra global. A figura seguinte apresenta as prevalências dos consumos de PF nas duas amostras, por sexo.



Figura 3 - Consumo de psicofármacos por sexo, nas duas amostras

Relativamente ao grupo etário, observaram-se valores de prevalência mais elevados nos indivíduos de idade ≥ 66 anos, relativamente aos restantes grupos etários.

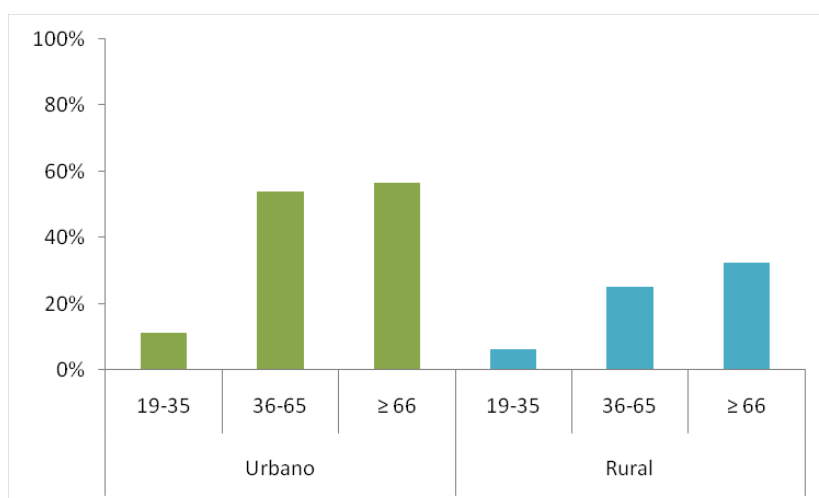


Figura 4 - Consumo de psicofármacos por faixa etária, nas duas amostras

Estudou-se também, nos indivíduos consumidores de PF, a prevalência do consumo de mais do que 1 e mais do que 2 destes fármacos, em ambas as amostras, por sexo e idade, verificando-se maior número de associações no centro de saúde urbano, no sexo feminino e nas faixas etárias mais avançadas. Note-se que cerca de 85.1% dos consumidores foram medicados com BZD, dos quais 70.9% só com BZD e 14.2% com uma BZD e um AD simultaneamente.

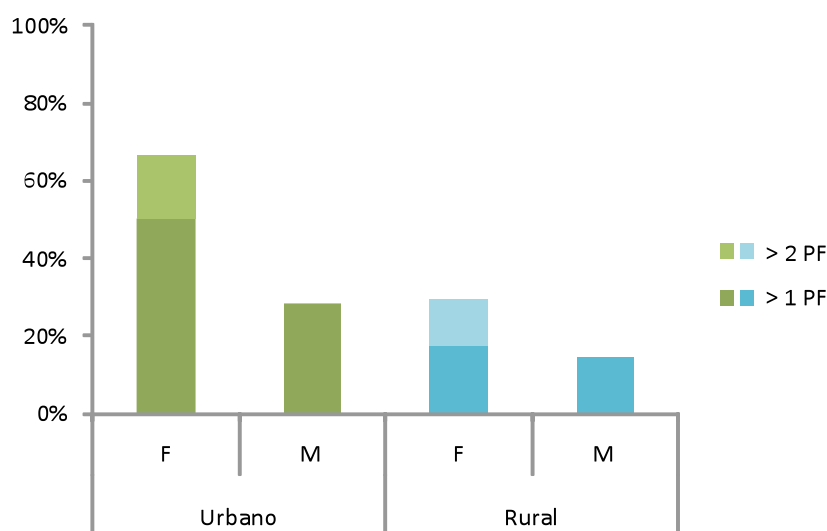


Figura 5 - Consumo de mais do que 1 ou 2 psicofármacos, nos consumidores, por sexo, nas duas amostras

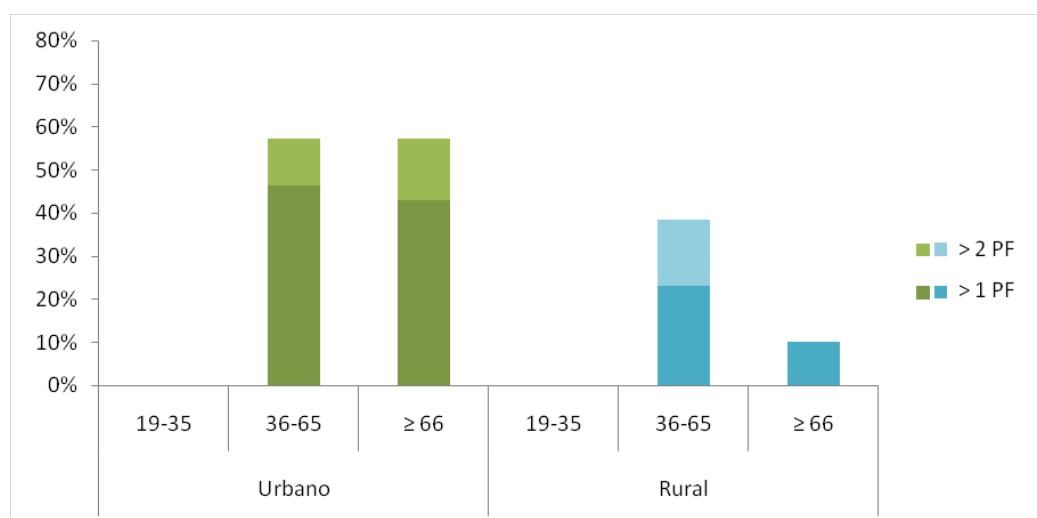


Figura 6 - Consumo de mais do que 1 ou 2 psicofármacos, nos consumidores, por faixa etária, nas duas amostras

A prevalência do consumo de psicofármacos neste estudo (33% de ansiolíticos e 19.3% de antidepressivos) é claramente superior à da média Europeia (consumo global de PF de 12.3%) e às encontradas em estudos com objectivos idênticos em países como Espanha (15.5% de ansiolíticos e 7% de antidepressivos), Itália (consumo global de PF de 15%), Brasil (consumo global de PF de 10.2%), França (consumo global de 8.4% em mulheres e 4.6% em homens), Alemanha (consumo global de 8.1%) e Áustria (consumo global de 6.8%)^{5,6,7}.

A classe de psicofármacos mais utilizada é a dos ansiolíticos, seguida pelos antidepressivos, o que é consistente com a bibliografia consultada. No que diz respeito aos consumidores de PF, verificou-se que o consumo de benzodiazepinas (85.1%) é próximo ao de estudos recentemente desenvolvidos, como o da Rede dos Médicos-Sentinela (79.9%). Segundo este último estudo, o medicamento prescrito a maior número de utentes foi o alprazolam seguido-se-lhe o lorazepam; na classe dos antidepressivos, o medicamento mais empregue foi a fluoxetina seguido pela paroxetina. Os diagnósticos que motivaram a prescrição de psicofármacos foram, por ordem decrescente: ansiedade, depressão e perturbações do sono, o que justifica o padrão do consumo das classes acima enumeradas.

É importante referir que dos 85.1% consumidores de PF medicados com BZD, 70.9% foram medicados apenas com BZD e 14.2% com BZD e AD simultaneamente, o que está de acordo com um estudo semelhante realizado no CS de Góis que encontra valores de 85.4% , 62.1% , e 23.3 % , respectivamente.

Identificaram-se como factores associados à utilização de psicofármacos o sexo feminino, a idade e o ambiente urbano.

Segundo os resultados obtidos, o padrão típico da toma de ansiolíticos é uma mulher, com mais de 35 anos, no meio urbano, o que poderá estar relacionado com problemas de solidão e de stress sócio-familiar. Os antidepressivos, segundo este estudo, encaixam no mesmo perfil. Estes padrões coincidem, também, com um estudo realizado na USF de Canelas⁸.

Cabe realçar a diferença entre os meios urbano e rural, sendo que no último a melhor qualidade de vida e menor stress laboral podem ser justificações para a disparidade dos valores detectados.

Deveriam ter sido consideradas certas variáveis como escolaridade, nível sócio-económico, profissão/ocupação, estado civil, tipo de família na medida em que permitiriam uma melhor avaliação do perfil do utente que toma psicofármacos. A consideração de maior número de variáveis implicaria uma amostra de maiores dimensões incompatível com o tempo e recursos disponíveis.

Neste estudo, verificam-se várias limitações. Poderá ter existido um viés de selecção, na medida em que a amostra considerada se refere apenas às consultas de dois médicos de MGF, e porque foram excluídos doentes acamados ou a viver em instituições. Note-se que não foram incluídos utentes de outras consultas, ou doentes sem médico de família. É de frisar que os utentes não foram seleccionados de forma aleatória, pelo que os resultados não podem ser extrapolados para a população portuguesa. O questionário utilizado não foi validado, pelo que poderá induzir um viés de medição. Pode-se considerar igualmente um viés de informação, devido à utilização constante dos processos clínicos dos doentes envolvidos e ao possível esquecimento dos doentes em referir a medicação.

Os pontos positivos a ser referidos são: as duas amostras consideradas, neste caso, urbana e rural têm aproximadamente a mesma dimensão e o questionário foi sempre aplicado pelo mesmo entrevistador.

Conclusão

Este trabalho demonstrou que, na população alvo deste estudo, o consumo de psicofármacos foi maior relativamente a outros locais onde decorreram trabalhos idênticos.

Os resultados obtidos demonstraram que o consumo destes fármacos está associado ao sexo feminino, às idades mais avançadas e ao meio urbano.

Os médicos de família têm um papel fundamental na prevenção da patologia, na detecção precoce desta e na prescrição adequada à pessoa e ao seu ambiente. Desse modo, deverão estar atentos a certo tipo de indivíduos/famílias, tentando uma melhoria da funcionalidade das famílias em risco, com o intuito de evitar a prescrição de psicofármacos. É de notar que os indivíduos mais consumidores deste tipo de fármacos são mulheres de idade avançada, que são grandes frequentadoras dos cuidados de saúde primários, pelo que o médico deveria inicialmente utilizar técnicas de psicoterapia/ terapia cognitiva ou aconselhar consultas de psicologia e apenas numa fase mais adiantada, prescrever. No entanto, todo este processo é dificultado pelo tempo muito curto disponível para cada consulta, pelo alto custo que acarretaria um seguimento tão apertado e pela pressão imposta pelo doente em ter uma resolução rápida do seu problema, quase que exigindo uma medicação para levar consigo. Este dilema, leva muitas vezes, a uma prescrição facilitada deste tipo de fármacos, que acarretam consigo inúmeras complicações como dependência, interações farmacológicas, síndromes de privação aquando do término do tratamento, efeitos ao nível das capacidades psicomotoras e maior risco de fracturas e acidentes de viação.

Uma das propostas é planear acções na área da promoção e educação para a saúde ao nível dos utentes e dos médicos que impeça um consumo/prescrição abusivo e consequentes efeitos adversos. O utente também deve visitar o médico com alguma regularidade pois o uso crónico de certa medicação, como as benzodiazepinas, está desaconselhado, sendo necessário reavaliar com maior periodicidade e sempre que possível, suspender o tratamento.

Futuras investigações poderão ter em conta life-events ou conflitos que interfiram na utilização de psicofármacos.

- (1)- Carrasco P, Astasio P, Ortega P, Gimenez R, Gil A. Factores asociados al consumo de fármacos psicótopos en la población adulta española. MédClin (Barc.). 2001 Mar 10; 116 (9): 324-9
- (2)- Falcão I, Monsanto A, Nunes Baltazar. Prescrição de psicofármacos em Medicina Geral e Familiar: um estudo na Rede Médicos-Sentinela. RevPortClin Geral. 2007;23:17-30
- (3)-Carvalho S, Silveira P. Efeitos psicomotores do mexazolam. Patient care (Edição portuguesa) 2005; Suppl Jan.
- (4)-Instituto Nacional de Farmácia e do Medicamento. Estatísticas do Medicamento 2002. Lisboa: INFARMED; Out 2003
- (5)-Pakesch G, Loimer N, Rasinger E, Tutsch G, Katschnig H. The prevalence of psychoactive drug intake in a metropolitan population. Pharmacopsychiatry 1989 Mar; 22 (2): 61-5.
- (6)-Weyerer S, Dilling H. Psychiatric and physical illness, socio demographic characteristics, and the use of psychotropic drugs in the community: results from the Upper Bavarian Field Study. J ClinEpidemiol 1991; 44 (3): 303-11.
- (7)-Mari JJ, Almeida-Filho N, Coutinho E, Andreoli SB, Miranda CT, Streiner D. The epidemiology of psychotropic use in the city of São Paulo. Psychol Med 1993 May; 23 (2): 467-74.
- (8)- Sousa,M. Perfil dos utilizadores de psicofármacos na Unidade de Saúde Familiar de Canelas. Rev Port ClinGeral 2007: 23:33-42.