



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2009/2010

Rui Mário do Nascimento e Terras Alexandre
Relatório de Estágio Profissionalizante em Medicina Comunitária

Abril, 2010

FMUP



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Rui Mário do Nascimento e Terras Alexandre
Relatório de Estágio Profissionalizante em Medicina Comunitária

Mestrado Integrado em Medicina

Área: Medicina Comunitária

Trabalho efectuado sob a Orientação de:

Dr. Abílio José Cruz Caldas Malheiro

Abril, 2010

FMUP

Nome: Rui Mário do Nascimento e Terras Alexandre

Endereço electrónico: rmnta@hotmail.com

Título da Dissertação/Monografia/Relatório de Estágio:

Relatório de Estágio Profissionalizante em Medicina Comunitária

Nome completo do Orientador:

Abílio José Cruz Caldas Malheiro

Nome completo do Co-Orientador:

Ano de conclusão: 2010

Designação da área do projecto de opção:

Medicina Comunitária

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

Assinatura: _____

Eu, Rui Mário do Nascimento e Terras Alexandre, abaixo assinado, nº mecanográfico 030801203, aluno do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, declaro ter actuado com absoluta integridade na elaboração deste projecto de opção.

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

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 19 / 04 / 2010

Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

Agradece-se, pela disponibilidade e colaboração prestada:

À Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, professores, técnicos e funcionários.

À Equipa de Enfermagem, Auxiliares de apoio e vigilância e Administrativos do Centro de Saúde São João.

À Equipa de Enfermagem, Auxiliares de apoio e Administrativos do Centro de Saúde de Bragança – Unidade de Saúde de Santa Maria.

Aos meus pais.

Ao meu irmão.

RELATÓRIO DE ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE EM MEDICINA COMUNITÁRIA

Resumo

O presente Relatório pretende retratar as experiências vivenciadas durante a Residência de Medicina Comunitária, fazendo a ponte entre a integração na dinâmica própria dos Centros de Saúde e os conhecimentos específicos da Medicina Geral e Familiar adquiridos.

Clarificação do conceito de Cuidados de Saúde Primários; caracterizar os Centros de Saúde onde decorreu o estágio; descrever sucintamente as actividades que compuseram a Residência; compreender a dinâmica de funcionamento dos Centros de Saúde; analisar alguns Indicadores de Execução; demonstrar aptidões e conhecimentos adquiridos e confirmar a relevância da Medicina Geral e Familiar na formação médica pré-graduada constituíram os objectivos que serviram de base à realização do Relatório.

Constituíram parte integrante deste estágio: a presença em seminários; a realização tutelada de consulta aberta, uma reflexão intitulada “Situações Agudas na Consulta Urgente de Medicina Geral e Familiar, suas formas de apresentação e abordagem”, um folheto de educação para a saúde sobre “Doença Venosa Superficial”, história clínica no contexto da Medicina Geral e Familiar, realização de procedimentos de Enfermagem e participação na consulta em Extensão de Saúde, no Centro de Saúde; visita a instituição de solidariedade social - Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental; outras tarefas, nomeadamente análise crítica de Indicadores de Execução de taxa de cobertura e número médio de consultas por utente activo.

O contacto próximo com os Centros de Saúde ofereceu uma oportunidade singular de vivenciar a prática médica no contexto da Medicina Geral e Familiar, o que se revelou indispensável e enriquecedor, quer na formação enquanto pessoa, quer enquanto futuro clínico.

PRACTICAL TRAINING REPORT – COMMUNITARY MEDICINE

Abstract

This report intends to depict the experiences lived during the Communitary Medicine Residency, bridging the integration in the dynamics inherent to the Health Care Centres and the acquired specific knowledge of General and Family Medicine.

Clarify the concept of Primary Health Care; characterize the Health Care Centres where the practical training took place; concisely describe the activities that integrated the Residency; understand the functioning dynamics of these Health Care Centres; analyse some Execution Indicators; demonstrate skills and acquired knowledge and support the relevance of General and Family Medicine in the pre-graduate medical study, are the main purposes that underlie this report.

Essential to this report were: seminar attendance; carrying out of oriented open consultations, a reflection on “Serious Situations in the emergency Consultation of General and Family Medicine, its presentation forms and approach”, a leaflet for health education on “Superficial Venous Disease”, clinical history in the context of General and Family Medicine, Nursing procedures and participation in the consultation in Health Care Extension, in the Health Care Centre; visit to a social solidarity institution – Portuguese Association of Parents and Friends of the Mentally Handicapped Citizen; other tasks were undertaken, such as, a critical analysis of cover rate Execution Indicators and average number of consultations per active patient.

The close contact to the Health Care Centres offered a unique opportunity to experience the medical practice in the context of General and Family Medicine, which turned out to be indispensable and enriching, as a person, as well as a future practicing physician.

ÍNDICE

Siglas	9
Figuras e Tabelas	10
Introdução	11
• Enquadramento	11
• Objectivos do trabalho	11
• Conceitos gerais	11
• Caracterização dos locais de estágio	12
• Estudo demográfico dos Centros de Saúde	14
Descrição das Actividades	16
• Seminários	16
• Actividades realizadas nos CS	16
Tarefas Desenvolvidas	18
Conclusões	23
Bibliografia	24
Apêndice I – Cronograma do Estágio	25
Apêndice II – Reflexão	26
Apêndice III – Panfleto	31
Apêndice IV – Fluxograma	32

SIGLAS

APPACDM	Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental
CA	Consulta Aberta
CS	Centro de Saúde
CSB	Centro de Saúde de Bragança
CSP	Cuidados de Saúde Primários
CSSJ	Centro de Saúde São João
DM	Diabetes Mellitus
FMUP	Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
HTA	Hipertensão Arterial
INE	Instituto Nacional de Estatística
MAPA	Monitorização Ambulatória da Pressão Arterial
MC	Medicina Comunitária
MF	Médico de Família
MGF	Medicina Geral e Familiar
PF	Planeamento Familiar
SASU	Serviço de Apoio ao Serviço de Urgência
SI	Saúde Infantil
SNS	Sistema Nacional de Saúde
TC	Taxa de Cobertura
UP	Universidade do Porto

FIGURAS E TABELAS

Tabela 1	Recursos do CS	12
Tabela 2	Número de utentes / médico	13
Figura 1	Utentes do CSSJ divididos por sexo e faixa etária	15
Figura 2	Utentes do CSB divididos por sexo e faixa etária	15
Tabela 3	Taxas de Cobertura; CSSJ e CSB.	19
Tabela 4	Nº Médio de Consultas / Utilizador Activo; CSSJ e CSB	22

INTRODUÇÃO

Enquadramento

O Relatório de Estágio Profissionalizante insere-se no âmbito do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP), no ano lectivo de 2009/2010 e retrata um dos estágios de Prática Clínica que estruturam o currículo do 6º ano. Partindo do conceito de Cuidados de Saúde Primários, (CSP) avançou-se para uma caracterização das instituições onde decorreu a Residência, abordando-se as experiências vivenciadas e terminando com uma breve análise crítica de alguns Indicadores de Execução dos Centros de Saúde (CS) onde decorreram as valências urbana e rural de Medicina Comunitária (MC).

Objectivos do trabalho

- Clarificação do conceito de CSP.
- Caracterização dos CS onde decorreu o estágio.
- Breve descrição das actividades que compuseram a Residência.
- Compreensão da dinâmica de funcionamento do CS.
- Análise crítica e comparativa de alguns Indicadores de Execução.
- Demonstração das aptidões e conhecimentos adquiridos durante o estágio.
- Confirmação da relevância da Medicina Geral e Familiar (MGF) na formação médica pré-graduada.

Conceitos gerais

Cuidados de Saúde Primários

Os CSP são o núcleo do Sistema Nacional de Saúde (SNS), bem como do desenvolvimento social e económico da comunidade.

A Definição Europeia de MGF (WONCA Europa 2002)¹ descreve-os como o “*contexto, no seio de um sistema de saúde, geralmente na comunidade do próprio*”

paciente, em que ocorre o primeiro contacto com um profissional de saúde”. Assumem-se como o “primeiro nível de contacto do indivíduo, da família e da comunidade com o SNS” (declaração Alma Ata da OMS²), de forma a aproximá-los do local de residência e trabalho dos indivíduos, constituindo-se como o primeiro elemento de um processo permanente de assistência de saúde.

Caracterização dos locais de estágio

A Residência em MC organiza-se em dois módulos, urbano e rural, realizados em CS, cada um com a duração de duas semanas. O estágio profissionalizante decorreu no CS São João (CCSJ; valência urbana) e no CS de Bragança – Unidade de Saúde de Santa Maria (CSB; valência rural). São apresentadas algumas características de ambos os CS, nas **tabelas 1 e 2**:

Tabela 1 – Recursos do CS

Centro de Saúde	São João	Bragança
Nº de Enfermeiros	16 (*)	40
Nº de Médicos	10	22
Nº de psicólogos	2	2
Nº Utentes	20034	42472
Nº Podologistas	1	0
Tipos de Consulta	Saúde do Adulto	Saúde do Adulto
	Saúde Materna	Saúde Materna
	Saúde Infantil (SI)	Saúde Infantil
	Saúde Juvenil	Saúde Juvenil
	Planeamento Familiar(PF)	Planeamento Familiar
	Vigilância Oncológica	Programa de Diabetes e
	Diabetes	Hipertensão
	Hipertensão	Rastreio Oncológico
	Domicílios	Domicílios
	Consulta Aberta (CA)	SASU
	Cessaçãõ Tabágica	Cessaçãõ Tabágica
	Podologia	
Interacção com outros	Centro Hospitalar do Porto	Centro Hospitalar do

Serviços de Saúde	Hospital de São João	Nordeste
	Hospital Magalhães Lemos	
	IPO Porto	

(*) Não estão todos em tempo integral

Tabela 2 – Número de utentes / médico

CSSJ	CSB
20034 utentes	42472 utentes (2968 nas Extensões)
(2003/médico)	(1930/médico)

Caracterização do Centro de Saúde São João (CSSJ)

O CSSJ, resultado de um protocolo criado em 1999 entre a FMUP e a Administração Regional de Saúde do Norte, além da prestação de CSP, tem como objectivo a formação pré e pós-graduadas em CSP.

A nível da formação pré-graduada, engloba alunos de enfermagem e alunos do 2º ano (Medicina Preventiva) e do 6º ano (MC) da FMUP. Em relação à formação pós-graduada, o CSSJ acolhe Internos de MGF e de Pediatria, além de Psicólogos. Realiza ainda, através dos Serviços de Acção Social da Universidade do Porto (UP), a prestação de cuidados médicos a estudantes e funcionários da UP.

Situa-se na freguesia de Cedofeita e distribui-se por quatro pisos. No R/C encontra-se o Serviço de Atendimento Administrativo e de Enfermagem. O 1º e 2º pisos possuem 4 gabinetes médicos e 1 consultório polivalente para grupos de risco e vulneráveis. O 3º piso dispõe de uma Sala de Reuniões e Biblioteca, 2 gabinetes médicos e 1 gabinete polivalente. Todos os pisos possuem sala de espera. O atendimento é realizado de 2ª a 6ª feira, das 8h às 20h.

A nível de colaboradores, dispõe ainda de 1 podologista, 6 administrativos e 2 auxiliares de acção médica. São usados diversos programas informáticos, nomeadamente o sistema *SINUS*, de carácter administrativo, o sistema *Higia*, para registo clínico e tratamento estatístico, o *SAM*, o *DiabCare*, para registos e estatísticas de doentes diabéticos e o *Alert PI*, que se utiliza para referenciar doentes a outras instituições de saúde³.

Caracterização do Centro de Saúde de Bragança (CSB)

O CSB engloba a Unidade de Saúde da Sé (Sede) e a Unidade de Saúde de Santa Maria, inaugurada em Maio de 2009. Serve uma população muito dispersa, sendo a densidade populacional de 31.4hab/km². Compreende, ainda, 14 Extensões de Saúde, estando a mais distante a 42km da Sede.

A Unidade de Saúde da Sé fica localizada na Rua Eng.º. Amaro da Costa e constitui-se como a Sede do CSB. No mesmo edifício encontra-se também o Laboratório de Saúde Pública da Sub-Região de Saúde de Bragança, bem como o SASU, onde se realiza uma consulta equivalente à Consulta Aberta do CSSJ. Ocupa uma área de 3000m² e distribui-se por 3 pisos.

A Unidade de Saúde de Santa Maria situa-se na Avenida Cidade de Leon, é constituída por 2 Módulos e cada um deles comporta 7 gabinetes médicos, 4 gabinetes de Enfermagem, 1 sala de tratamentos e uma sala de vacinação. Além disso, dispõe de SASU, 1 gabinete de Saúde Oral, 1 sala de Imagiologia e 1 sala de Reabilitação. O atendimento compreende o período das 8h às 20h, de 2^a a 6^a feira.

Estudo demográfico dos CS

Da análise comparativa das pirâmides etárias dos dois CS (**figuras 1 e 2**), constata-se que a classe etária predominante no CSSJ é a dos 35 – 39 anos, para o sexo masculino e a dos > 75 anos, para o sexo feminino; no CSB é a dos > 75 anos, para ambos os sexos.

O Índice de Envelhecimento, calculado pelo quociente entre a população idosa (>65 anos) e a população jovem (0 – 14 anos) é de 129.61% na população do CSSJ e de 173.65% na população do CSB. Tal como na pirâmide etária portuguesa ⁴, também para as populações de ambos os CS há uma “inversão” das pirâmides etárias, reflexo da baixa natalidade, e um alargamento nas faixas etárias mais superiores, traduzindo o aumento da longevidade, como mostram os Índices de Envelhecimento.

Relativamente à predominância de géneros, a Relação de Masculinidade (quociente entre os indivíduos do sexo masculino e feminino) mostra-nos que o sexo feminino predomina a nível de utentes inscritos nos dois CS, sendo uma diferença mais marcada a nível do CSB (91.62%); CSSJ (78.81%).

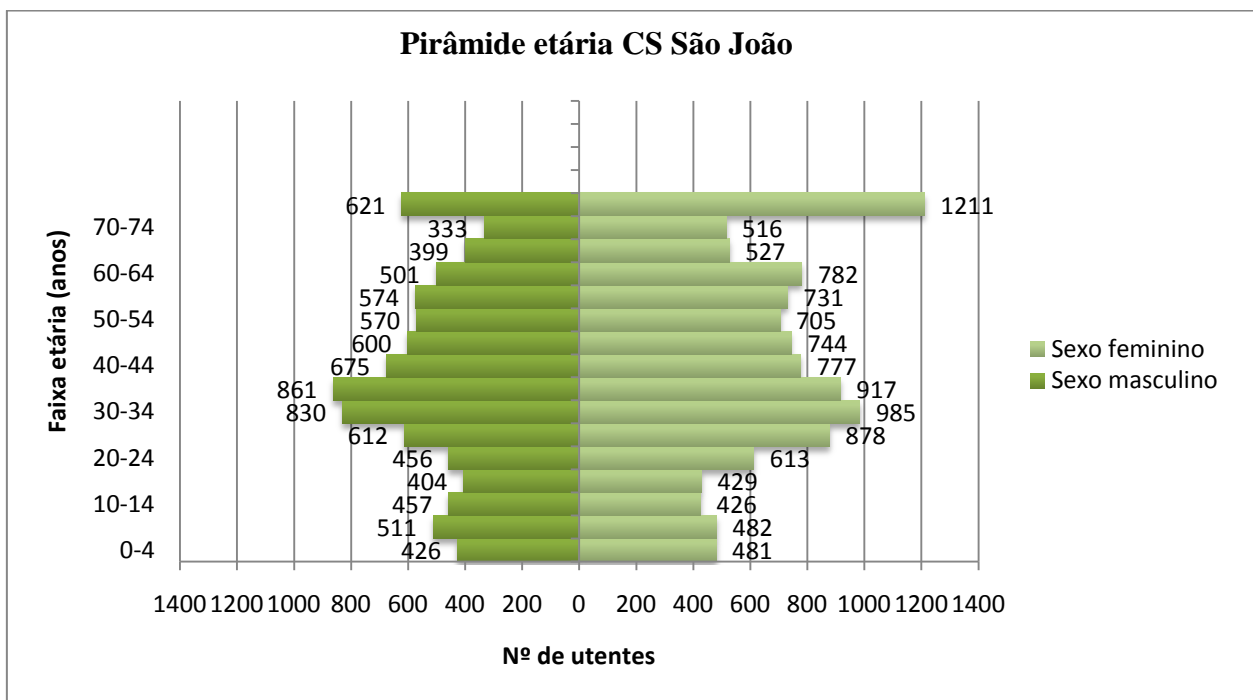


Figura 1 – Utentes do CSSJ divididos por sexo e faixa etária

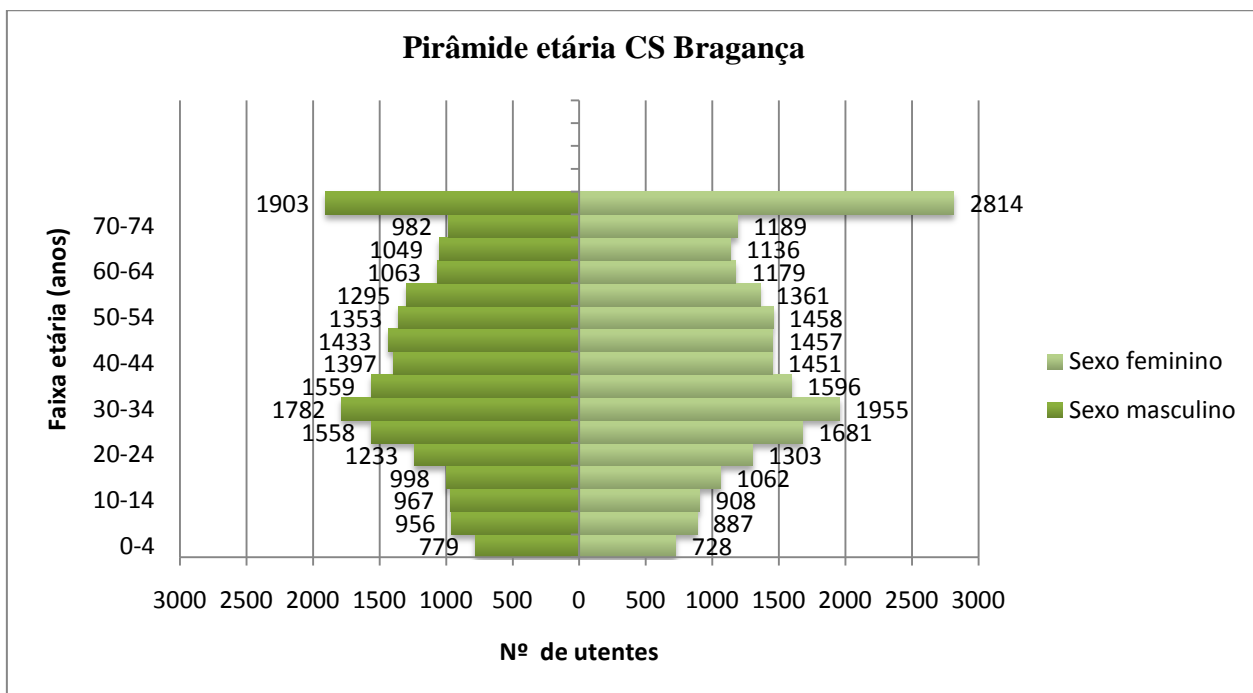


Figura 2 – Utentes do CSB divididos por sexo e faixa etária

DESCRIÇÃO DAS ACTIVIDADES

Seminários

No âmbito do estágio de MC, presenciaram-se dois seminários no Departamento de Clínica Geral da FMUP, no início do módulo.

Além da discussão de casos clínicos em contexto da MGF, abordou-se a dinâmica do CS, a organização das valências, sendo também tratados temas como o PF e o Rastreio Oncológico.

Actividades realizadas nos CS

A orientação por um tutor foi central na rápida integração no serviço e na formação durante o estágio, em ambos os CS.

Foi facultada a colheita de histórias clínicas e o registo de dados no sistema informático, concretamente nos programas *SAM* e *DiabCare*. Participou-se de forma directa na dinâmica dos CSP, em contextos tão diversos como o rastreio, o diagnóstico e a prevenção da saúde em áreas como a Saúde do Adulto, Saúde Materna e Saúde Infanto-Juvenil. Além das consultas médicas, houve também oportunidade de realizar procedimentos de Enfermagem.

No CSSJ, a maioria das consultas programadas eram consultas do Adulto, mais especificamente do Idoso, predominando a Consulta de Hipertensão e Diabetes.

Assistiu-se à realização de três consultas de Saúde Infanto-Juvenil e a uma consulta de Saúde Materna de uma grávida de 36 semanas.

Na Consulta Aberta, onde se pretende dar resposta a eventos agudos, mas não urgentes nem emergentes, foi possível ver muitos doentes. Constatou-se que, na idade adulta, as infecções respiratórias superiores e as agudizações de patologia osteoarticular foram as situações mais prevalentes, sendo os pequenas traumas e a gastroenterite os episódios dominantes nas crianças. A esta consulta recorria também um número

considerável de doentes por questões não médicas, tais como renovação de declarações de incapacidade temporária.

Esta actividade acabou por suscitar o tema da reflexão, trabalho integrante da Residência, intitulado “Situações Agudas na Consulta Urgente de MGF, suas formas de apresentação e abordagem”. Elaborou-se, ainda, um folheto de educação para a saúde sobre “Doença Venosa Superficial” e um pequeno Registo de Consultas.

Durante dois períodos da manhã, foi possível realizar alguns procedimentos de Enfermagem, tais como administração de injectáveis, avaliação da pressão arterial, pesquisa de glicemia capilar, realização de pensos e avaliação de parâmetros antropométricos em crianças. Foi ainda observada a colocação de um MAPA.

Na segunda semana da Residência, realizou-se a visita a uma instituição da cidade, a Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental (APPACDM), instituição particular de solidariedade social, que tem como objectivo a integração e normalização do cidadão deficiente mental. Foi facultada uma visita guiada a toda a Instituição, que procurou expor a sua dinâmica de funcionamento.

No CSB, foi possibilitada a realização tutelada de consulta aberta, aspecto decisivo no desenvolvimento da autonomia enquanto estagiário. Com esta experiência foi possível tomar consciência do grau de responsabilidade do médico e desenvolver novas estratégias de comunicação durante a prática clínica.

No decorrer do módulo rural, foi possível assistir à realização de algumas consultas na Extensão de Saúde de S.Julião de Palácios, que se situa a 18km da Sede do CSB. A patologia mais prevalente era típica da população idosa da freguesia, nomeadamente HTA e DM tipo 2, bem como patologia osteoarticular agudizada.

Nesta valência, presenciou-se a avaliação de quatro grávidas em Consulta de Saúde Materna e realizaram-se várias citologias cérvico-vaginais para rastreio do cancro do colo do útero, em Consulta de PF.

No âmbito da Consulta do Adulto foi colhida uma História Clínica completa, com recurso a várias técnicas de estudo da dinâmica familiar, entre as quais o Genograma, o Círculo Familiar de Thrower e o Apgar Familiar de Smilkstein^{5,6}. Foi

ainda construído um Fluxograma de Abordagem à Hemoptise, bem como um pequeno Registo de Consultas.

Dois períodos da tarde desta Residência foram ocupados com a realização de procedimentos de Enfermagem sobreponíveis aos realizados no CSSJ.

Tarefas Desenvolvidas

Como actividade complementar fez-se uma breve análise crítica de alguns Indicadores de Execução de ambos os CS, no que diz respeito às Taxas de Cobertura (TC) e ao Número Médio de Consultas / Utilizador activo. Os dados obtidos são expostos nas **tabelas 3 e 4**.

Tabela 3 – Taxas de Cobertura; CSSJ e CSB.

Indicadores de Execução	CSSJ		CSB	
	2007	2008	2007	2008
nº 1as consultas / nº total inscritos	68%	68%	62%	65%
nº 1as consultas a utentes c/ idade >19 anos / nº total inscritos c/ idade >19 anos	60%	60%	60%	57%
nº 1as consultas de PF / nº total de mulheres inscritas c/ 15 a 49 anos	23%	21%	25%	37%
nº 1as consultas de SI / nº total inscritos (<18 anos)	73%	71%	84%	100%
Actividade Complementar (CA e SASU) / total de consultas	15%	17%	13%	13%

A nível da TC, há algumas diferenças a apontar entre os CS, nomeadamente nas consultas de PF e SI. Nestes tipos de consulta, o CSSJ apresenta TC mais baixas que o CSB. A justificação poderá residir no facto de haver mais recursos de saúde na comunidade urbana em que se insere o CSSJ, tanto públicos, como privados, o que condiciona maior dispersão dos utentes.

As metas propostas no que diz respeito às primeiras consultas foram alcançadas em ambos os CS, devendo ser enaltecida, perante o doente, a importância da consulta regular junto do Médico de Família (MF), bem como a inscrição de todos os membros da sua família no CS, a fim de reforçar e até melhorar este índice e, conseqüentemente, a saúde da comunidade.

Em relação à Saúde do Adulto/Idoso (utentes com idade >19anos), deve ser enfatizada a necessidade de controlo das patologias mais prevalentes, como sejam a HTA, a DM e a dislipidemia, para prevenção de eventos cardiovasculares, na consulta e no domicílio. Deverão realizar-se acções de educação para a saúde sobre hábitos etílicos e tabágicos, consumo de sal, obesidade e sedentarismo, junto destes grupos etários. A promoção do autocontrolo da tensão arterial e da glicemia deverá ser incentivada, bem como a comemoração do dia das doenças cardiovasculares. Este conjunto de iniciativas suscitará, junto do utente adulto, a preocupação em controlar os seus factores de risco, com o apoio do seu MF na consulta.

Para reforçar e aumentar a TC em PF das mulheres em idade fértil, poderão ser mapeadas algumas estratégias. Podem citar-se a necessidade de garantir o incremento da gravidez planeada, priorizando a educação sexual e o PF e a importância de identificar os casais de risco elevado. Prioritário será também aumentar o número de casais que acedem à consulta Pré-Concepcional, bem como desenvolver actividades de promoção de saúde dirigidas à comunidade e às mulheres em idade reprodutiva, realçando a importância da gravidez planeada e sua vigilância, tão precocemente quanto possível. Será vantajoso divulgar folhetos informativos sobre aleitamento materno, assim como fomentar acções de Educação para a Saúde dirigidas aos grupos populacionais de risco (etnia cigana, toxicod dependentes). A manutenção de parcerias com as escolas para implementação de actividades de Educação para a Saúde, dirigidas a adolescentes na área da sexualidade e reprodução, bem como o reforço do atendimento aos jovens no Instituto Português da Juventude, contribuirão para uma maior adesão da comunidade a

nível do PF. Será essencial manter a capacidade formativa na área do PF por parte dos CS.

Relativamente à SI, será importante começar pelas últimas consultas de Saúde Materna para reforçar, junto da mãe, a necessidade da ida precoce do recém-nascido ao CS. Os profissionais deverão ser sensibilizados para o ensino dos acidentes junto dos utentes desta faixa etária, bem como para a realização da consulta de vigilância dos 5 – 6 anos e dos 11 – 13 anos. As convocatórias para a realização dos exames globais devem ser reforçadas e haveria benefício na realização de reuniões no CS, em colaboração com a Pediatria do hospital de referência, para discussão de situações clínicas. Deverá ser firmada, junto destes utentes, a necessidade de vigilância do crescimento estato-ponderal, da dentição, visão, audição e marcha, na consulta. A criação de projectos específicos na área da SI e de adolescentes, privilegiando parcerias com outras entidades na comunidade e a dinamização dos profissionais para garantir o cumprimento do Programa Nacional de Vacinação, serão também decisivos para aumentar a TC na área da SI.

Tabela 4 – Nº Médio de Consultas / Utilizador Activo; CSSJ e CSB

Indicadores de Execução	CSSJ		CSB	
	2007	2008	2007	2008
nº total consultas / nº 1as consultas	4.3	4.3	3.2	3.3
nº total consultas a utentes >19 anos / nº 1as consultas a utentes >19 anos	4.8	4.8	3.7	3.7
nº total consultas PF / nº 1as consultas de PF	1.55	1.5	1.5	1.5
nº total consultas utentes <18 anos / nº 1as consultas utentes <18 anos	3.37	3.17	2.25	2.35

Relativamente ao número médio de consultas por utilizador activo, percebe-se que o utente do CSSJ, independentemente da faixa etária, recorre mais a este que o do CSB, com excepção da consulta de PF. Poderá estar subjacente o grau de instrução e sensibilização para a importância da consulta regular, em cada uma das comunidades. Além disso e apesar de as TC no CSB estarem ao nível das do CSSJ ou até superiores, o facto de a população servida pelo CSB estar muito dispersa num concelho de grande área, como é o de Bragança (1.173,6 km²; densidade populacional de 31.4 hab/km²)⁷,

poderá diminuir o número de vezes por ano que o utente se desloca ao CS e é consultado.

A grande maioria dos elementos estratégicos supra-citados poderão, também, ajudar a melhorar esta situação e a levar mais vezes o utente ao CS.

CONCLUSÕES

Em jeito de resumo, conclui-se, após a Residência, que a MC é um pilar vital na formação do médico, por proporcionar integração na prática médica extra-hospitalar, concretamente em CS, e consequente assimilação da dinâmica própria dos CSP, elemento central do sistema de saúde em Portugal.

Como aspecto menos positivo neste estágio, de referir a falta de oportunidade de acompanhamento de visitas domiciliárias.

Numa perspectiva de futuro, não poderá deixar de ser sugerido que a MC passe a fazer parte do currículo de todos os anos clínicos, tal como algumas valências hospitalares.

Incontornável será a referência ao contributo que todas as actividades desenvolvidas durante a Residência tiveram a nível das aptidões e conhecimentos adquiridos, bem como no desenvolvimento académico e pessoal.

BIBLIOGRAFIA

- [1] – WONCA/OMS. A Definição Europeia de Medicina Geral e Familiar. Barcelona, Espanha: WONCA Europa; 2002
- [2] - Declaração de Alma – Ata, Declaração de Edimburgo e Objectivos de Desenvolvimento do Milénio – WEB
- [3] - 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
- [4] - Instituto Nacional de Estatística. Estimativas de População Residente – 2007. Portugal: INE; 2008. p. 5-6.
- [5] – Caeiro RT. Registos Clínicos em Medicina Familiar. Lisboa: Instituto de Clínica Geral da Zona Sul, 1991.
- [6] – Rebelo L. Genograma Familiar: O bisturi do Médico de Família. *Rev Port Clin Geral* 2007; 23: 309-17
- [7] - Estimativas Provisórias de População Residente - Portugal, NUTS II, NUTS III e Municípios - 2008, Instituto Nacional de Estatística, 2009

Apêndice I – Cronograma do Estágio

Centro de Saúde São João

Setembro 2009

Data	28	29	30	1	2
Actividades	Seminário	Consulta Enfermagem	Consulta	Consulta	Consulta

Data	5	6	7	8	9
Actividades	Feriado	Consulta	Visita APPACDM	Consulta	Consulta Enfermagem

Centro de Saúde Bragança

Outubro 2009

Data	12	13	14	15	16
Actividades	Seminário	Consulta	Consulta	Consulta	Consulta
			Enfermagem		

Data	19	20	21	22	23
Actividades	Consulta	Consulta	Consulta	Consulta	Consulta
			Enfermagem	Extensão S.	

Apêndice II – Reflexão

Situações agudas na Consulta Urgente de MGF, suas formas de apresentação e abordagem

Na grande maioria das consultas urgentes de Medicina Geral e Familiar está subjacente um quadro de queixas álgicas. É a dor que motiva e leva o doente a procurar o médico e é o sintoma mais frequentemente encontrado nas consultas de Medicina Geral e Familiar.

As infecções das vias respiratórias superiores agudas são o principal grupo de diagnósticos feito na consulta urgente de Medicina Geral e Familiar. Entre estas estão as faringites, as amigdalites, mais prevalentes na população pediátrica e as rinofaringites. Este tipo de patologia tem uma associação do tipo sazonal e a odinofagia, rinorreia, tosse, congestão nasal, rouquidão, mialgias, arrepios e otalgia são os sintomas frequentemente encontrados. Normalmente, trata-se apenas de uma síndrome catarral ligeira, aguda, de etiologia vírica (rinovírus, corona vírus, parainfluenzae, vírus da gripe e vírus sincicial respiratório). Visto que a infecção bacteriana secundária só complica 0.5 a 2% das constipações, os antibióticos não estão indicados. O tratamento deve ser apenas sintomático.

A prescrição inadequada de antibióticos em infecções das vias respiratórias superiores é uma causa de topo da resistência aos antibióticos por agentes típicos da comunidade, tais como *Streptococcus pneumoniae*.

As queixas músculo-esqueléticas e osteo-articulares e as artralguas são o segundo motivo a trazer o doente. Em relação às primeiras, normalmente trata-se de uma agudização de patologia osteo-articular previamente existente, sendo comum o doente apresentar cervicalgia, lombalgia, ou ciatalgia.

Em relação à dor lombar, ela pode ser de cinco tipos: dor local, causada pela activação de terminações nervosas locais sensíveis à dor perto da parte afectada da coluna (p.ex., lacerações, estiramento), dor referida para as costas, com origem abdominal ou pélvica, sendo esta não influenciada pelo movimento da coluna vertebral. A dor pode ter também origem no dorso, estando limitada a essa região ou referida nos membros inferiores. Patologia da parte superior da coluna lombar refere a dor para a

região lombar superior, virilha, ou face anterior das coxas. A dor de patologia da parte inferior é referida para as nádegas ou face posterior das coxas. Sendo a dor radicular, há irradiação da coluna para a perna no território específico da raiz nervosa. Tossir, espirrar, levantar objectos pesados ou o esforço da defecação podem provocar dor. O quinto tipo é a dor associada a espasmo muscular, que pode ter diversas origens e que pode ser acompanhada de rigidez dos músculos das goteiras.

Situações secundárias a traumatismo são também muito frequentes, nomeadamente a nível da articulação tálbio-társica, grade costal, mãos e coluna vertebral.

As perturbações da ansiedade são a terceira causa que mais vezes leva o doente à consulta urgente do Centro de Saúde. São caracterizadas por ansiedade persistente, grave, ou sensação de medo na ausência de psicose ou de alteração marcada do humor. É a doença psiquiátrica mais prevalente na comunidade, estimando-se que esteja presente em 15 a 20% dos doentes. Normalmente, há associação familiar e inicia-se na 2ª ou 3ª décadas de vida. Com frequência, a apresentação de um quadro inicial é confundida com um possível enfarte do miocárdio ou uma insuficiência respiratória grave.

Também habituais na consulta urgente de MGF são os quadros de diarreia e gastroenterite. As epigastralgias são o sintoma mais vezes referido.

A nível torácico, as queixas maioritárias correspondem a quadros de costocondrite/osteocondrite.

A depressão também leva o doente à consulta urgente com muita frequência. Estima-se que afecte 15% da população em algum momento da vida. O doente costuma apresentar-se com estado de humor deprimido/irritável ou com falta do normal interesse/prazer, que se arrasta cerca de 15 dias. Juntamente com isto, o médico pode constatar alteração do apetite e do peso, insónia, fadiga, agitação ou lentificação motora, diminuição da capacidade de concentração e pensamento recorrentes de índole negativa, como a morte ou o suicídio. Regra geral, o primeiro episódio depressivo aparece entre os 40 e os 60 anos, apesar de a perturbação depressiva *major* poder ocorrer em qualquer idade. Metade destes doentes que se apresentam com um primeiro episódio depressivo passará a uma evolução recidivante, com um segundo episódio dentro de 2 anos. Há, aqui, um importante papel associativo da história familiar. A perturbação depressiva

major também pode ser uma forma de apresentação inicial de perturbação bipolar (doença maníaco-depressiva).

Também as ITU's (infecções do tracto urinário) levam o doente a pedir auxílio médico. São mais comuns em mulheres sexualmente activas. São raras em homens com idade inferior a 50 anos. Há várias formas de apresentação clínica, sendo a cistite a mais comum. O doente refere disúria, polaquiúria, imperiosidade e dor na região suprapúbica. A urina é turva, com mais cheiro e, por vezes, há presença de sangue. Aproximadamente 1/3 pode apresentar doença silenciosa das vias superiores. Menos frequentes são a pielonefrite, em que os sintomas se desenvolvem rapidamente em horas ou num dia e a uretrite. Na pielonefrite é habitual haver febre com arrepios e tremores, podendo estar associado a náuseas, vómitos e diarreia. Podem estar ausentes sintomas de cistite. A uretrite é mais prevalente nas mulheres, por uma questão anatómica, e elas podem aparecer com disúria, polaquiúria e piúria.

Igualmente de referir como importantes na consulta urgente de MGF são as doenças da área da Gastreterologia, tais como a gastrite e a duodenite. A primeira manifesta-se por náuseas, vómitos, hemorragias, dor ou mal-estar. As crises costumam ocorrer após ingestão de alimentos específicos para os quais o indivíduo já tem sensibilidade aumentada, ou quando a alimentação é feita muito rapidamente, quando se come após situações de grande emoção, ou mesmo quando o doente se encontra muito cansado. O álcool, o tabaco e alimentos muito condimentados podem, também, ser factores desencadeantes de crises de gastrite. Os sintomas da duodenite podem ser sobreponíveis e incluir ainda sensação de enfartamento pós-prandial, anorexia, eructações e desconforto abdominal.

Como outras queixas muito prevalentes encontram-se as cefaleias, odontalgias, otalgias, odinofagias e a nevralgia pós-herpética. As cefaleias encontradas normalmente são do tipo tensional, enxaqueca ou associadas a afecção vascular, nomeadamente HTA. As odontalgias mais frequentemente são secundárias a cáries, em que o doente já apresenta um abscesso periodontal. A maior parte das otalgias na criança são sintoma de otites, sendo menos frequente este diagnóstico na população adulta. Aqui, associa-se muitas vezes a faringite, sendo comum ser uma dor referida. A odinofagia costuma surgir no contexto de faringites, resfriados simples, ou gripes com sintomatologia mais exacerbada e costuma dever-se à inflamação e ruborização da mucosa da orofaringe.

Em jeito de conclusão, refere-se que as infecções das vias respiratórias superiores e as agudizações da patologia osteoarticular degenerativa são as mais prevalentes na idade adulta. Nas crianças, os pequenos traumas e a gastroenterite são as situações mais numerosas.

Apêndice II – Reflexão

Bibliografia

- . Taylor RB, David AK, Fields SA, Philips DM. Family medicine: principles and practice, 6ª ed. Springer, 2003.
- . Horder J, Byrne P, Freeling P, Harris C, Irvine D, Marinker M. O clínico geral do futuro. Aprendizagem e ensino. Edição do Departamento de Clínica Geral, 1990
- . Fauci, Braunwald, Kasper, Hauser, Longo, Jameson, Loscalzo, Harrison's Principles of Internal Medicine, MacGraw'-Hill's, 17th edition, 2008

Apêndice III – Panfleto

Frente

O que são?



As veias dos membros inferiores têm como função conduzir o sangue de volta ao coração. Dentro delas, há válvulas que impedem o retorno venoso até aos pés, devido à gravidade. Quando ficam insuficientes, não fecham bem e o sangue não progride. Localmente, a quantidade de sangue aumenta, fica estagnado e as veias dilatam e deformam-se, tornando-se visíveis e com aspecto sinuoso. A isto chamamos varizes.

Prevenção/Tratamento

A prevenção é fundamental e deverá ser feita o mais cedo possível. Os cuidados preventivos facilitam o retorno venoso, diminuem as queixas, evitam a dilatação das veias e atrasam a evolução da doença, podendo evitar a necessidade de uma intervenção cirúrgica.

- . Meias elásticas / collants de descanso, especialmente na gravidez ou durante grandes períodos de pé (principal meio de prevenção)
- . Prática regular de exercício físico
- . Manter peso corporal adequado
- . Alimentação equilibrada
- . Beber cerca de 1,5L água/dia
- . Evitar tabaco e bebidas alcoólicas
- . Usar roupas e sapatos confortáveis
- . Evitar o calor excessivo
- . Evitar viagens longas
- . Evitar cruzar as pernas quando sentado
- . Combater a obesidade
- . Intervenção cirúrgica (última instância)

Collants de descanso

- . Meias de compressão ligeira – quando não há doença (medida preventiva)
- . Meias de compressão média - doentes já com alguns sintomas de insuf. Venosa (evitar agravamento e aparecimento de varizes)
- . Meias de compressão forte - doentes já com varizes, como coadjuvante na terapia anti-varicosa.

VARIZES (Doença Venosa Superficial)







PERNAS SAUDÁVEIS SÃO SEMPRE
PERNAS BONITAS!
A MELHOR ATITUDE É A
PREVENÇÃO!

Rui Torres Alexandre FMUP

Trás

Causas

A doença venosa dos M.I. é uma das doenças crónicas mais prevalentes em Portugal, sendo as mulheres mais afectadas.

CAUSAS:

- . Hormonas sexuais femininas
- . Uso de anticoncepcionais orais
- . Menor massa muscular (mulher)
- . História familiar
- . Obesidade
- . Gravidez
- . Tabaco
- . Álcool
- . Excesso de tempo de pé ou sentado



Tipos de Varizes

TELANGIECTASIAS

conhecidas como "derrames", são pequenas linhas avermelhadas e sinuosas que aparecem por baixo da pele, normalmente nas coxas, pernas e tornozelos, de forma algo súbita.




VEIAS VARICOSAS

são veias dilatadas, tortuosas e alongadas. Tem cor azulada ou arroxeada e resultam da falência valvular e da perda da elasticidade e tonicidade da sua parede.

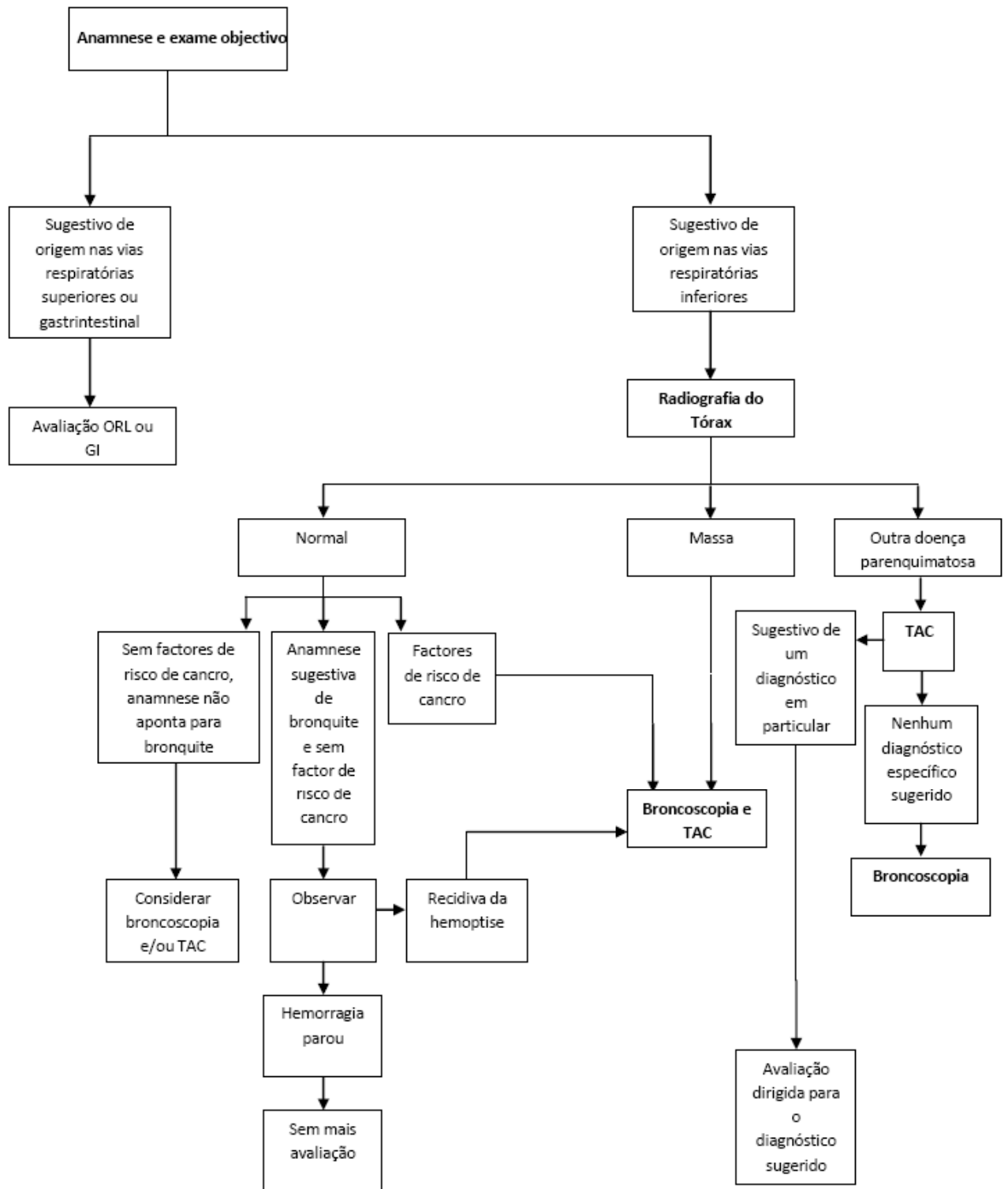
Complicações

- . Tromboflebitis
- . Úlceras da perna
- . Hiperpigmentações
- . Eczema Venoso
- . Hemorragias
- . Fibrose
- . Infecções
- . Dor
- . Trombose Venosa Profunda
- . Embolia Pulmonar (+ grave)






Apêndice IV – Fluxograma



Fluxograma: Abordagem diagnóstica da Hemoptise.

