



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2009/2010

Catarina Maria Neves de Oliveira
Relatório de Estágio de Medicina Comunitária

Junho, 2010

FMUP



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Catarina Maria Neves de Oliveira
Relatório de Estágio de Medicina Comunitária

Mestrado Integrado em Medicina

Área: Medicina Comunitária

Trabalho efectuado sob a Orientação de:

Dr. Manuel Viana

Junho, 2010

FMUP

Nome:

Catarina Maria Neves de Oliveira

Endereço electrónico: m04114@med.up.pt

Título do Relatório de Estágio:

Relatório de Estágio de Medicina Comunitária

Nome completo do Orientador:

Doutor Manuel José Viana Gonçalves da Costa

Ano de conclusão: 2010

Designação da área do projecto de opção:

Medicina Comunitária

É autorizada a reprodução integral deste Relatório de Estágio apenas para efeitos de investigação, mediante declaração escrita do interessado, que a tal se compromete.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 04/06/2010

Assinatura: Catarina Maria Neves de Oliveira

Eu, Catarina Maria Neves de Oliveira, abaixo assinado, nº mecanográfico 040801114, 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, 04/06/2010

Assinatura: Catarina Maria Neves de Oliveira

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer pela disponibilidade, cooperação, acompanhamento e paciência:

Dr. Manuel Viana, Dr.^a Maria João Sena Esteves, Equipa de Enfermagem, Auxiliares de Apoio e Vigilância e Administrativos do Centro de Saúde São João.

Dr. Mário Rui, Dr.^a Luísa Terroso, Equipa de Enfermagem, Auxiliares de Apoio e Vigilância e Administrativos do Centro de Saúde de Amares.

A todos os meus amigos que me acompanham nesta vida.

Ao pai, à mãe e irmão, tios, primos e avô.

RESUMO

O presente Relatório de Estágio consiste na descrição das experiências vivenciadas na Residência de Medicina Comunitária (MC), que incluiu uma valência urbana e rural, desempenhada no Centro de Saúde São João (CSSJ), Porto e no Centro de Saúde de Amares (CSA), Braga.

Apresenta como objectivo principal perceber a dinâmica dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), pelo que foram descritos os Centros de Saúde (CS), as semelhanças e diferenças existentes entre eles, as actividades realizadas, a visita a outras instituições da comunidade e os problemas mais comuns dos utentes que recorreram ao CS nesse período. Esta análise revelou que ambos os meios experimentam realidades, técnicas e humanas, muito semelhantes.

Com o objectivo de conhecer melhor os utentes de cada CS, e estabelecer comparação entre eles numa dimensão, foi realizado um estudo descritivo sobre a prevalência da obesidade e patologias associadas entre a população urbana e rural.

Pôde-se concluir que existiam diferenças entre as amostras representativas de cada CS, uma vez que a prevalência da obesidade e das patologias associadas é superior no meio urbano. No entanto, estes resultados não são reprodutíveis, pois o número de utentes de cada amostra não é elevado.

No final da Residência, pretendia-se também reconhecer a importância da Medicina Geral e Familiar (MGF), pelo que constatei que é uma especialidade basilar, pois é o primeiro ponto de contacto médico com o Sistema de Saúde, onde o utente é acompanhado ao longo de todo o seu ciclo vital e onde são abordados os problemas de saúde em todas as suas dimensões.

Como discente, posso afirmar que este estágio contribuiu para uma aprendizagem sólida de conhecimentos e aptidões, e sobretudo para o meu desenvolvimento profissional e pessoal.

ABSTRACT

This report consists of the description of the experiences in Residence of Community Medicine, which included a urban and rural valence, performed at the Health Centre São João, Porto and Amares's Health Centre, Braga.

The main objective was to realize the dynamics of Primary Health Care, so the Health Centres (HC) had been described, such as the similarities and differences between them, the activities, visits to other Community Institutions, and the most common problems of users. This analysis revealed that media experiences realities, technical and human, were very similar.

In order to better understand the users of each HC, and establish comparisons between, was performed a descriptive study on the prevalence of obesity and associated diseases among the urban and rural areas.

It was concluded that there were differences between the samples of each HC, since the prevalence of obesity and associated diseases is higher in urban areas. However, these results are not reproducible because the number of users of each sample is not high.

At the end of the residence was also intended to recognize the importance of Family Medicine, so it was found that it is an important speciality, because it is the first point of contact with the medical health system, where the patient is monitored throughout their life cycle and which health problems are addressed in all dimensions.

As a student, I can say that this stage has contributed to a strong knowledge and learning skills, and especially to my professional and personal development.

ÍNDICE

Siglas.....	2
Figuras e Tabelas.....	3
Introdução e Enquadramento.....	4
Motivação e Oportunidade.....	5
Objectivos do trabalho.....	5
Caracterização dos Centros de Saúde.....	6
Descrição das Actividades.....	10
Seminários.....	10
Actividades nos Centros de Saúde.....	10
Tarefas desenvolvidas.....	12
Conclusão.....	21
Bibliografia.....	22
Apêndice I - Contacto com os CSP no Mestrado Integrado em Medicina da FMUP.....	23
Apêndice II - Recursos Informáticos.....	23
Apêndice III - Cronograma do estágio.....	23
Apêndice IV - Cuidados de Enfermagem.....	24
Apêndice V - Trabalhos Realizados.....	25
Apêndice VI - Tabela: Obesidade.....	47

SIGLAS

- ACES** | Agrupamentos de Centros de Saúde
ARS | Administração Regional de Saúde
AVC | Acidente Vascular Cerebral
CS | Centro de Saúde
CSA | Centro de Saúde de Amares - Braga
CSP | Cuidados de Saúde Primários
CSSJ | Centro de Saúde de São João
DM II | Diabetes Mellitus tipo II
EAM | Enfarte Agudo do Miocárdio
FMUP | Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
HTA | Hipertensão Arterial
IMC | Índice de Massa Corporal
MC | Medicina Comunitária
MGF | Medicina Geral e Familiar
OMS | Organização Mundial da Saúde
SACU | Serviço de Atendimento de Consultas Urgentes
SM | Síndrome Metabólico
SNS | Sistema Nacional de Saúde

FIGURAS e TABELAS

Figura 1 | CSSJ

Figura 2 | CSA

Figura 3 | Pirâmide etária do CSSJ

Figura 4 | Pirâmide etária do CSA

Figura 5 | Estimativa da prevalência da obesidade em Portugal, para 2010
(fonte: OMS, 2006)

Figura 6 | Distribuição etária dos utentes da amostra total

Figura 7 | Prevalência da obesidade no sexo masculino e feminino na amostra total

Figura 8 | Distribuição dos obesos pelos CS

Figura 9 | Obesos sexo masculino e feminino_ Urbano

Figura 10 | Obesos sexo masculino e feminino_ Rural

Figura 11 | Obesos e não obesos_ Urbano

Figura 12 | Obesos e não obesos_ Rural

Figura 13 | Distribuição da existência de patologias associadas à obesidade na amostra
de obesos total

Figura 14 | Distribuição da existência de patologias associadas à obesidade na amostra
de obesos _Urbano

Figura 15 | Distribuição da existência de patologias associadas à obesidade na amostra
de obesos _Rural

Figura 16 | Patologias associadas à obesidade_ Amostra Total

Figura 17 | Patologias associadas à obesidade_ Urbano

Figura 18 | Patologias associadas à obesidade _Rural

•

Tabela 1 | Recursos Humanos e Informáticos do CSSJ e CSA

INTRODUÇÃO e ENQUADRAMENTO

Hipócrates, pai da Medicina, menciona:

“E antes de mais, vou definir o que é, quanto a mim, a medicina. É libertar completamente os doentes dos seus sofrimentos ou amortecer a violência das doenças, e não tratar dos doentes que se encontram vencidos pelas doenças, sabendo que a medicina pode tudo isso.”⁽¹⁾

A par da preocupação com a medicina curativa (*“libertar completamente os doentes dos seus sofrimentos”*) e com a medicina paliativa (*“amortecer a violência das doenças”*) encontra-se a consciência que há limites ao saber/poder.⁽¹⁾

Dentro destes limites, o Homem torna-se capaz de melhorar o funcionamento do corpo humano. Surge então um sistema de saúde para que fossem instituídos e organizados os cuidados de saúde que se pudessem prestar à população.

O primeiro ponto de contacto médico com este sistema é a especialidade de MGF, que proporciona um acesso aberto e ilimitado aos seus utentes e que lida com todos os problemas de saúde em todas as suas dimensões independentemente da idade, sexo, ou qualquer outra característica da pessoa em questão (...), responsável pela prestação de cuidados continuados longitudinalmente consoante as necessidades do paciente (...) com responsabilidade específica pela saúde da comunidade (...) que lida com os problemas de saúde em todas as suas dimensões físicas, psicológica, social, cultural e existencial.⁽²⁾

Pode-se então considerar que MGF é a base do Sistema Nacional de Saúde (SNS), uma vez que é a porta de entrada dos utentes neste, promovendo a saúde e prevenindo a doença, prestando CSP com vista à obtenção de cura ou palição ou, quando necessário, encaminhando os utentes para cuidados de saúde mais especializados (secundários).

Dada a sua importância, a MGF tornou-se não só uma disciplina científica como também académica, com os seus próprios conteúdos educacionais, investigação, base de evidência e actividade clínica.⁽²⁾

Desta forma o curso de mestrado integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP) incluiu-a no plano de estudos em 1986, para que os alunos tivessem a possibilidade de consciencializar-se e contactar com esta especialidade clínica orientada para os cuidados primários.⁽³⁾

Motivação e Oportunidade

O presente relatório de estágio, elaborado no âmbito do Mestrado Integrado em Medicina da FMUP, no ano lectivo de 2009/2010, baseia-se no período de estágio profissionalizante na especialidade de MGF.

Esta foi a opção tomada, uma vez que ao longo do curso, maior foi o contacto com a realidade hospitalar e reduzida a experiência nos CSP (Apêndice I). Dada a sua importância, esta foi uma ótima oportunidade para contactar e perceber o funcionamento do SNS que não num hospital, conhecer e participar na prestação de CSP à população.

Neste período, foi sendo executada uma avaliação crítica focada nos conhecimentos adquiridos, na realidade vivida e nos subsequentes resultados pedagógicos obtidos. Experiência com duração de quatro semanas, sendo que as duas primeiras ocorreram no CSSJ, valência urbana, e as restantes no CSA, valência rural.

Objectivos do trabalho

- **Caracterizar os CS** contactados durante a Residência, e evidenciar as semelhanças e diferenças entre ambos.
- **Descrever as actividades** realizadas, salientando a respectiva repercussão na minha formação, quer a nível profissional quer pessoal.
- Dar exemplos de outra **instituição da comunidade**, para além dos Centros de Saúde, que contribua para os CSP.
- Demonstrar conhecimento dos **problemas comuns** ao nível dos CS contactados durante a Residência, e evidenciar as semelhanças e diferenças entre ambos.
- Reconhecer a importância da **MGF no ensino pré-graduado de Medicina** e o papel que esta disciplina teve no meu percurso académico.
- **Realizar um estudo** da prevalência da obesidade e patologias associadas entre a população urbana e rural.

Caracterização dos Centros de Saúde

CSSJ



Figura 1: CSSJ

O CSSJ é uma unidade básica do SNS que surgiu de um protocolo de cooperação entre a Administração Regional de Saúde (ARS) do Norte e a FMUP.⁽⁴⁾

Está localizado na rua Miguel Bombarda, na freguesia de Cedofeita, Porto. Encontra-se então no centro da cidade, sendo de fácil acesso.

O seu número de utentes é de 20034 habitantes (Dezembro de 2009). Estes estão atribuídos a médicos da especialidade de MGF, aproximadamente 2000 utentes/médico.

O CSSJ funciona durante os dias úteis das 8h às 20h assegurando a prestação de CSP. É igualmente responsável pela formação pré e pós-graduada destinada aos profissionais dos CSP, e pelo desenvolvimento de projectos inovadores no âmbito da Administração da Saúde e da Prestação de Cuidados de Saúde.

É composto por cinco pisos onde se distribuem os vários serviços funcionais: planeamento e controlo; sector administrativo; consulta de MGF programada (grupos de risco: Hipertensão Arterial e Diabetes; Vigilância Oncológica e grupos vulneráveis; Saúde Infantil e Juvenil; Saúde Materna; Planeamento Familiar); consulta aberta; consulta de psicologia; consulta de podologia; visitas ao domicílio e contactos de enfermagem (inclui colocação de Monitorização Ambulatória da Pressão Arterial (MAPA)).

Actualmente encontram-se em Formação: 7 Médicos Internos da Especialidade de MGF, 1 Interno da especialidade de Pediatria, Alunos do 6º ano da FMUP e Estagiários de Psicologia.

CSA



Figura 2: CSA

O CSA está situado na freguesia de Ferreiros (a 20 minutos da cidade de Braga), sendo de fácil acesso uma vez que se encontra à face da estrada principal que atravessa esta localidade.

Abrange uma população de 16455 habitantes, de seis freguesias dos Concelhos de Vila Verde, Terras de Bouro, Braga, Pova de Lanhoso e Vieira do Minho. Em média são atribuídos 2350 utentes/médico.

Existem duas extensões do CS, Extensão de Saúde de Caldelas e Extensão de Saúde de S^a Marta de Bouro, cujos serviços são assegurados pelos médicos deste CS, por não possuírem os seus próprios recursos humanos e materiais.

O atendimento das consultas é feito nos dias úteis, das 08h às 20h, e as de carácter de urgência funcionam com o mesmo horário.

Existe um Serviço de Acção Social que presta apoio aos utentes com poucos recursos, na aquisição de materiais de suporte para o domicílio (camas, cadeiras de rodas etc.). Há também um gabinete de utente, que funciona desde as 09h até às 17h, onde podem deixar as suas sugestões ou reclamações.

O CSA é constituído por um edifício recente de três pisos, onde se encontram os gabinetes médicos e salas de enfermagem, destacando-se a vigilância da HTA, Diabetes, planeamento familiar e vigilância materno-infantil e oncológica.

Actualmente encontram-se em formação alunos do 6º ano da FMUP e internos de MGF.

Recursos dos CS

Em ambos os CS, para que os serviços sejam prestados de uma forma eficaz, utilizam-se recursos humanos e informáticos (tabela 1). Ao analisá-los pode-se constatar que o número de pessoas envolvidas em cada CS é aproximado, diferindo na existência de um podologista no CSSJ e de um nutricionista no CSA. É de realçar porém, que o CSSJ inclui mais médicos, enfermeiros e psicólogos, o que se justifica uma vez que o número de utentes é maior do que o do CSA (20034>16455), acabando por ser aproximado o número de utentes/médico em cada CS.

Os recursos informáticos usados em ambos os CS são: SAM, SINUS e Alert P1 (Apêndice II).

Tabela 1: Recursos Humanos e Informáticos do CSSJ e CSA

	CSSJ	CSA
Recursos Humanos	10 médicos especialistas em MGF 16 enfermeiros 2 psicólogos 1 podologista 6 funcionários administrativos 2 auxiliares de acção médica	7 médicos especialistas em MGF 14 enfermeiros 1 psicólogo 1 nutricionista 8 funcionários administrativos 2 seguranças
Recursos Informáticos	SAM, SINUS, Alert P1, HÍGIA, Diabcare	SAM, SINUS, Alert P1

Para que haja comunicação com outras especialidades da medicina e outros serviços de saúde da comunidade existem protocolos entre os CS e os Hospitais para onde os utentes possam ser referenciados. O CSSJ estabeleceu relação com o Hospital São João e Hospital Geral Santo António, e o CSA com o Hospital de São Marcos - Braga.

Estudo demográfico dos CS

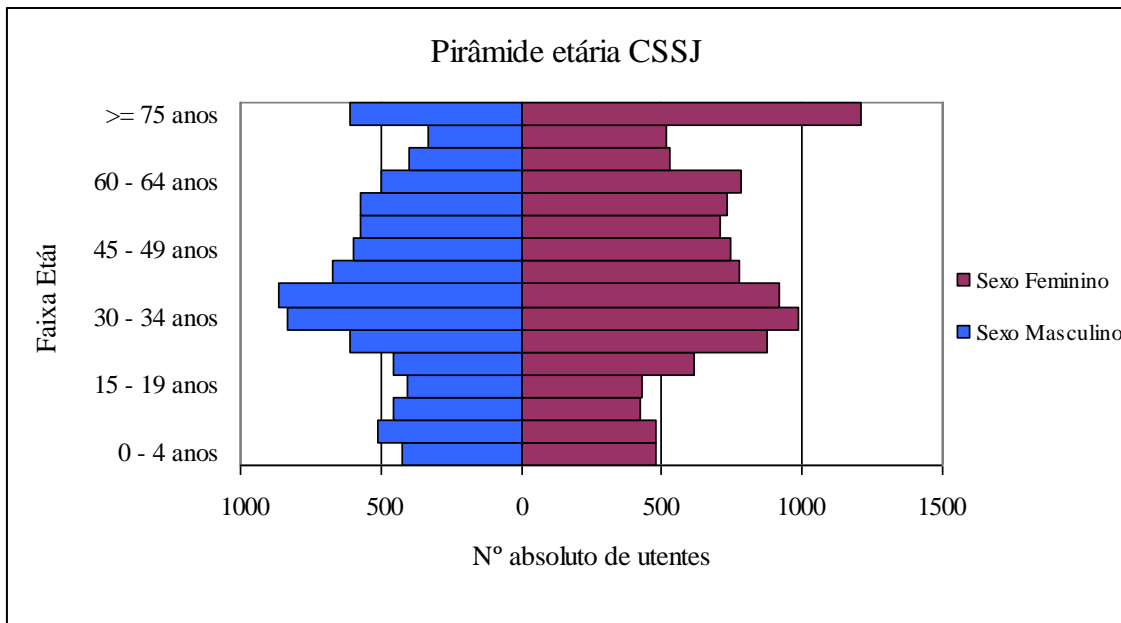


Figura 3: Pirâmide etária do CSSJ

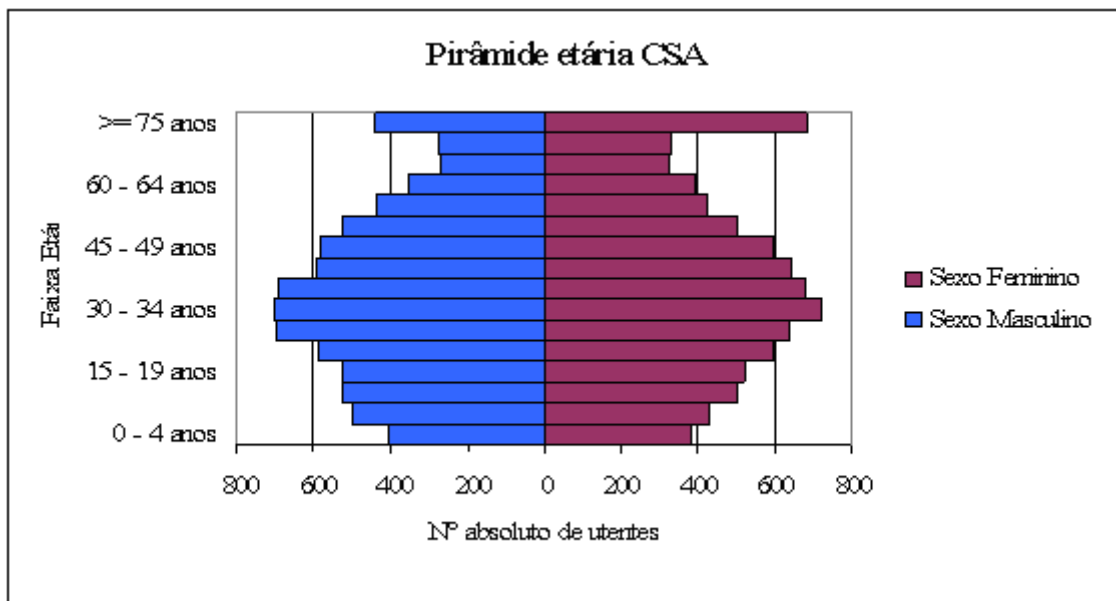


Figura 4: Pirâmide etária do CSA

Tendo como fonte o programa SINUS de cada CS, obtiveram-se as pirâmides etárias supra-representadas (figuras 3 e 4). A partir de uma análise comparativa destas, constata-se que a faixa etária predominante em ambos os CS é a dos 30 aos 34 anos, em ambos os sexos, excepto na população masculina do CSSJ que predomina a dos 35 aos 39 anos.

Os idosos (≥ 65 anos) representam 18,0% dos utentes inscritos no CSSJ e 14,1% da população do CSA, enquanto que as crianças com menos de 5 anos representam apenas 4,53% dos inscritos no CSSJ e 4,77% no CSA. Estes valores revelam o envelhecimento da população, sendo que é mais acentuado no meio urbano. O facto das pirâmides etárias apresentarem uma base estreitada, reforça o facto da população estar envelhecida.

Quanto aos géneros, verifica-se que o sexo feminino predomina sobre o masculino em número de utentes inscritos, quer a nível do CSSJ (56,0% para 44,0%) quer do CSA (50,9% para 49,1%), embora no CSSJ essa diferença seja mais expressiva.

Observa-se também uma maior prevalência do sexo feminino nas faixas etárias superiores a 60 anos, quer a nível do CSSJ (15,2% para 9,21%) quer do CSA (10,5% para 8,08%), o que significa que há uma maior esperança de vida para as mulheres.

DESCRIÇÃO das ACTIVIDADES

As actividades de MC tiveram início no dia 15 de Março de 2010 e decorreram até ao dia 16 de Abril de 2010 (Apêndice III).

A valência urbana foi orientada pelo Dr. Manuel Viana, e a rural acompanhada pela Dr.^a Luísa Terroso e Dr. Mário Rui.

Seminários

A Residência de MC iniciou-se com dois seminários, no Departamento de Clínica Geral da FMUP, no dia 15 Março 2010.

Abordaram temas variados, como: organização dos CS, plano organizacional da valência e procedimento da consulta e respectivos registos, planeamento familiar, rastreios oncológicos, cuidados a doentes terminais e ainda discussão de casos clínicos, com exposição de problemas comuns com os quais o especialista de MGF se depara.

Actividades nos CS

Durante os 20 dias de estágio, foi-nos permitido o contacto directo com os utentes e a percepção do funcionamento do sistema de saúde com participação activa em alguns gestos médicos. Para tal, fomos integrados na equipa médica sob a orientação de um tutor.

Em ambas as valências participamos nas consultas programadas, onde presenciávamos a relação médico-doente, as queixas e diagnósticos mais frequentes (HTA, diabetes, depressão) e executávamos procedimentos como: citologia cervicovaginal, medição da tensão arterial, peso e altura, auscultação cardíaca e pulmonar.

No CSSJ existiam ainda as consultas abertas com o propósito de responder a necessidades emergentes.

Houve igualmente percepção dos cuidados de enfermagem, cuja lista de actividades se encontra anexada (Apêndice IV).

No CSA tivemos a oportunidade de acompanhar os domicílios de enfermagem, momento em que foram assistidos utentes que não tinham possibilidade física de aceder ao CS. Nesta valência destacou-se também a consulta de saúde infantil, período exclusivo para crianças (<18 anos), onde era estudado o desenvolvimento físico e intelectual.

Na última semana no CSA, acompanhámos a Dr.^a Luísa Terroso à Unidade de Cuidados Continuados de Vieira do Minho e a Unidade de Cuidados de Convalescença da Póvoa de Lanhoso. Experiência a considerar, dado que permitiu perceber como é prestado auxílio à população mais idosa, faixas etárias que aumentam cada vez mais em Portugal.

Paralelamente à experiência adquirida em todas as dimensões supracitadas, foram elaborados trabalhos neste âmbito (Apêndice V).

Tarefa desenvolvidaINTRODUÇÃO

Como actividade complementar foi elaborado um estudo descritivo sobre a prevalência da obesidade ($IMC \geq 30 \text{kg/m}^2$) e as patologias associadas (AVC ou EAM anteriores, Dislipidemia, DM, HTA, Apneia do Sono e Patologias Osteoarticulares) na população dos dois CS.

Os objectivos do trabalho são: fazer a analogia entre a prevalência da obesidade na amostra dos CS e a população portuguesa segundo um estudo realizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), tal como comparar os resultados em ambos os CS e estabelecer as semelhanças e as diferenças.

MÉTODOS

A amostra é constituída pelos utentes que recorreram à consulta programada e aberta do Dr. Manuel Viana e Dr. Mário Rui ao longo de cada valência, urbana e rural respectivamente.

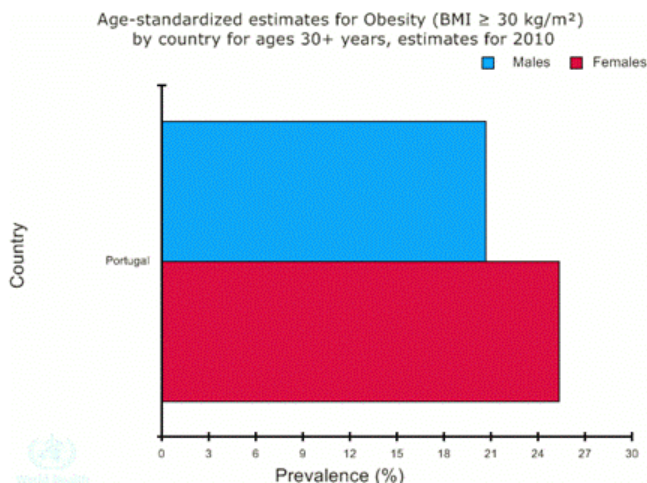
Os doentes eram pesados e medidos (para cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC)), sendo que às pessoas obesas era ainda aplicado um inquérito relativamente às co-morbilidades associadas em estudo, tabela em anexo (Apêndice VI).

O inquérito foi aplicado a uma amostra total de 166 utentes, sendo 82 utentes do CSSJ (29 sexo masculino; 53 sexo feminino) e 84 do CSA (42 sexo masculino; 42 sexo feminino).

Para análise dos resultados foi utilizado o *Excel*.

RESULTADOS

Segundo um estudo realizado em 2006 pela OMS, era estimado para 2010, em Portugal, as seguintes percentagens de obesidade em indivíduos com mais de 30 anos:



Fonte: OMS, 2006

Figura 5: Estimativa da prevalência da obesidade em Portugal, para 2010 (fonte: OMS, 2006)

Pode-se então ler no gráfico apresentado pela OMS (Figura 5), que era estimada uma prevalência da obesidade aproximadamente de 21% para o sexo masculino e de 25% para o sexo feminino.⁽⁵⁾

Apesar dos utentes dos CS incluídos na amostra apresentarem idades entre 1 e 92 anos, existe uma maior concentração de pessoas na faixa etária dos 31 aos 40 (Figura 6), sendo que a média é igual a 49. Pelo que poder-se-á executar uma análise comparativa entre os dois estudos.

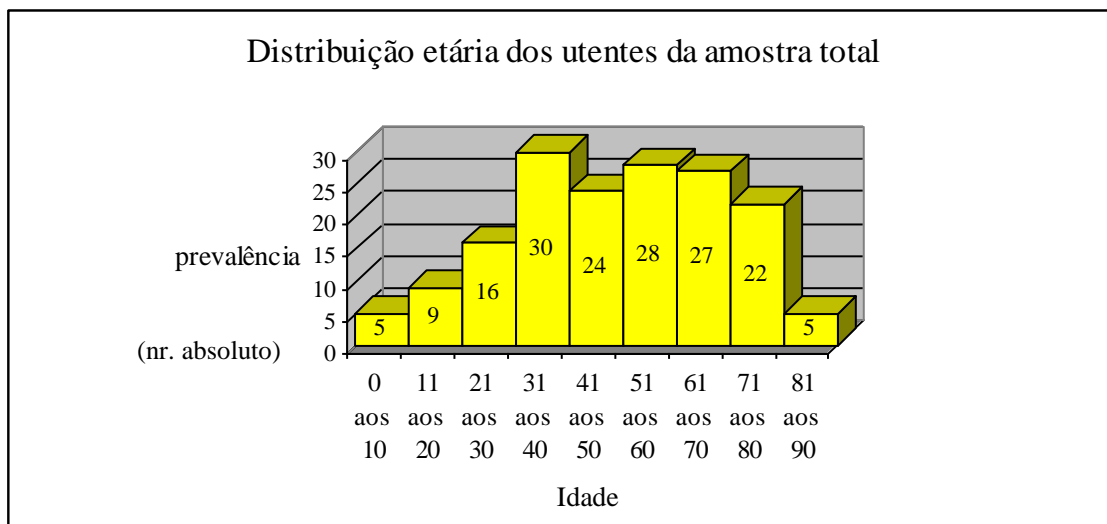
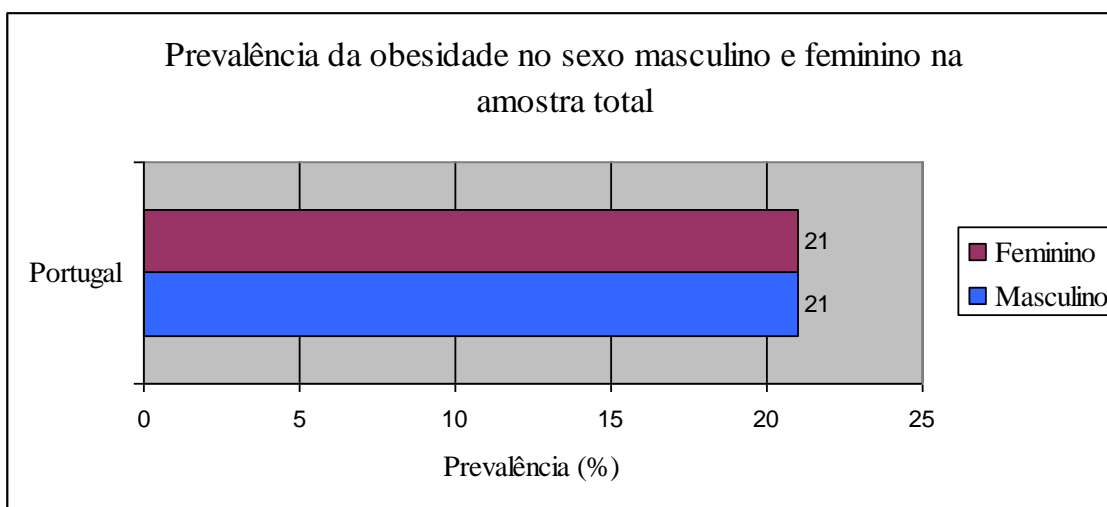


Figura 6: Distribuição etária dos utentes da amostra total

Não é cientificamente correcto incluir os resultados do presente estudo naqueles obtidos pela OMS, uma vez que o tamanho da população em questão não é suficiente para tal. Porém, é possível fazer uma comparação.

Como tal, constata-se que os resultados não coincidem, uma vez que na amostra do presente estudo a prevalência da obesidade no sexo feminino e masculino são iguais (Figura 7), ao contrário dos valores apresentados pela OMS em que a prevalência é superior para o sexo feminino.

Esta avaliação não é significativa pois a amostra não é reprodutível, apresentando precisão e reprodutibilidade muito reduzidas. Estas grandezas dependem do tamanho da amostra, pelo que o estudo que realizei teria que ter incluído um número superior de utentes para que assim aumentasse a sua reprodutibilidade.



Sexo Masculino:
15 obesos em 71 utentes
Sexo Feminino:
20 obesos em 95 utentes

Figura 7: Prevalência da obesidade no sexo masculino e feminino na amostra total

Relativamente à distribuição de obesos pelos CS, os resultados demonstraram que é maior a percentagem de obesos no meio urbano.

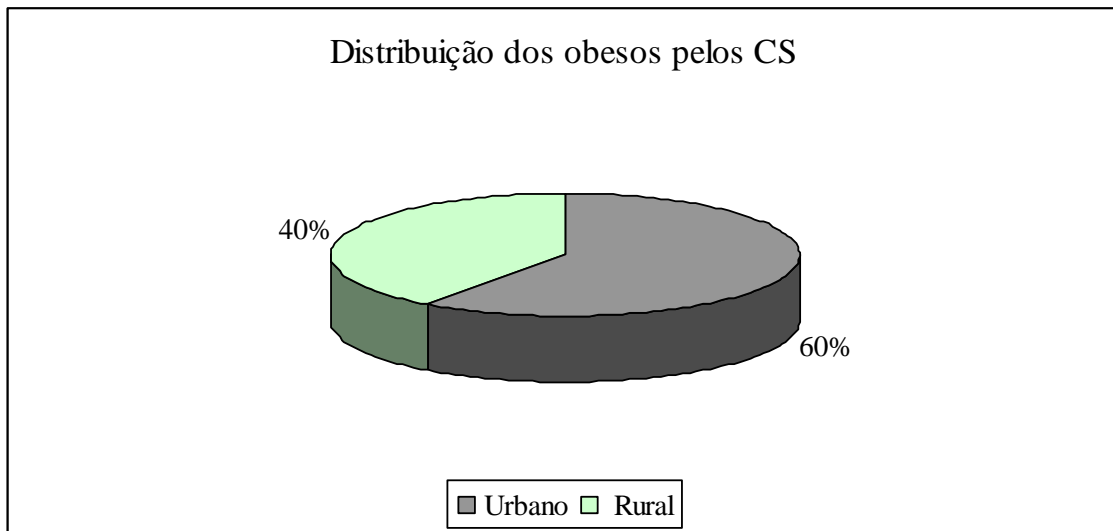


Figura 8: Distribuição dos obesos pelos CS

E que destes, é maior o número de obesos do sexo feminino.

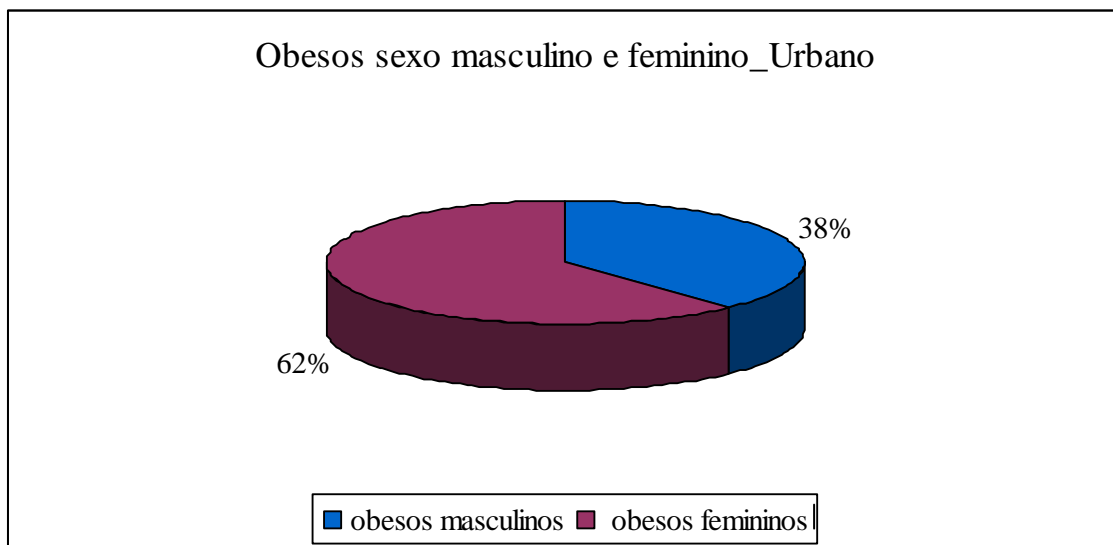
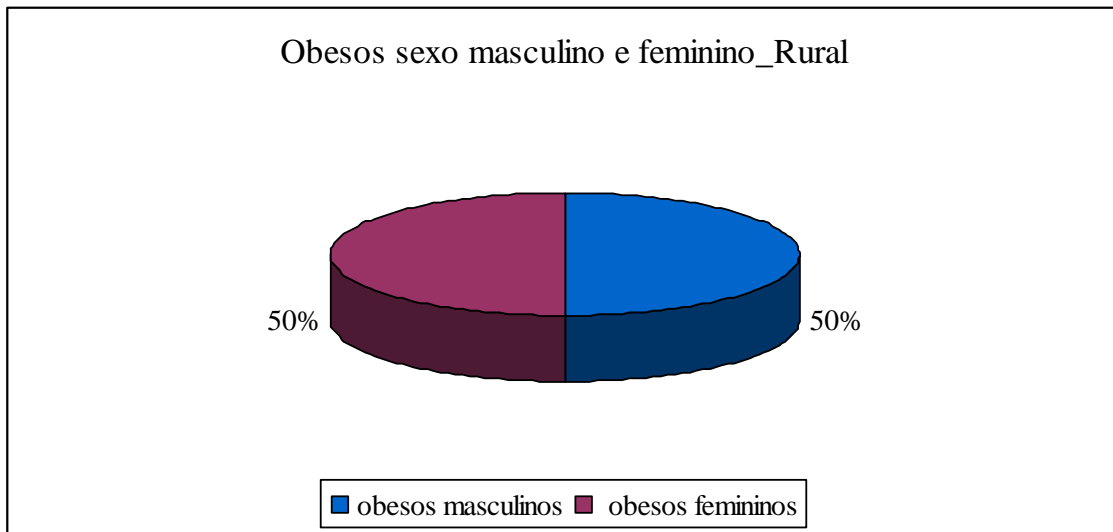


Figura 9: Obesos sexo masculino e feminino_ Urbano

Já na amostra rural, o número de obesos é igual para ambos os sexos:



Sexo Masculino:
7 obesos em 42 masc.
Sexo Feminino:
7 obesos em 42 fem.

Figura 10: Obesos sexo masculino e feminino_Rural

Destaca-se também que em qualquer um dos meios os não obesos prevalecem em relação aos obesos, sendo que a percentagem de obesos é maior no meio urbano (26% > 17%).



Obesos:
21
Não Obesos:
61

Figura 11: Obesos e não obesos_Urbano

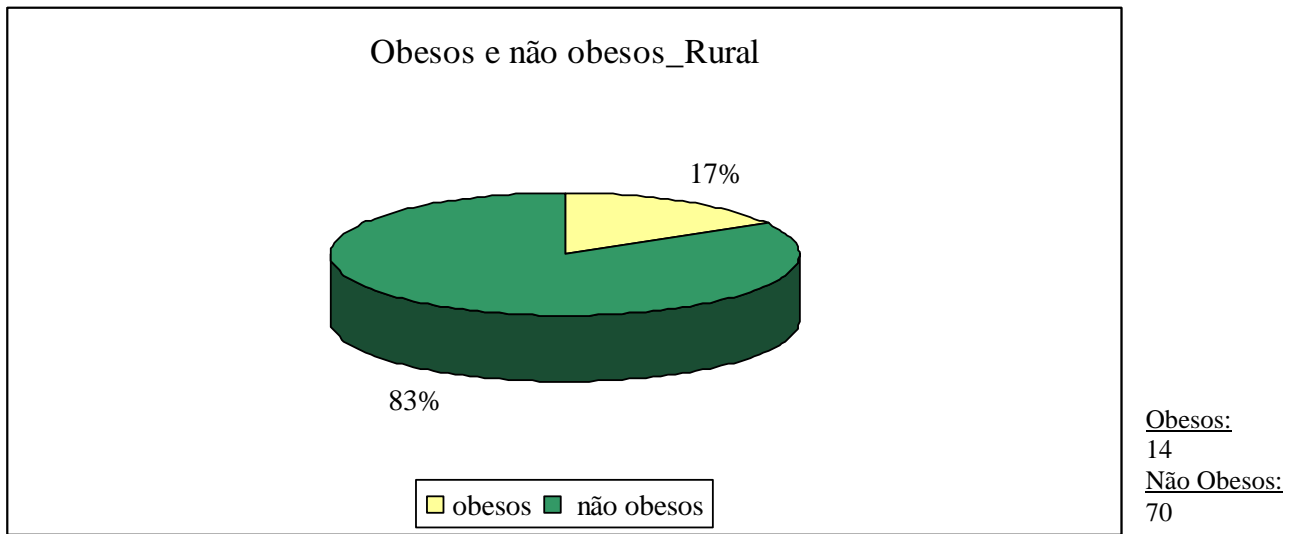


Figura 12: Obesos e não obesos_Rural

Considerando agora apenas a amostra de utentes obesos, verifica-se que a percentagem dos que apresentam patologias associadas é de 69%.

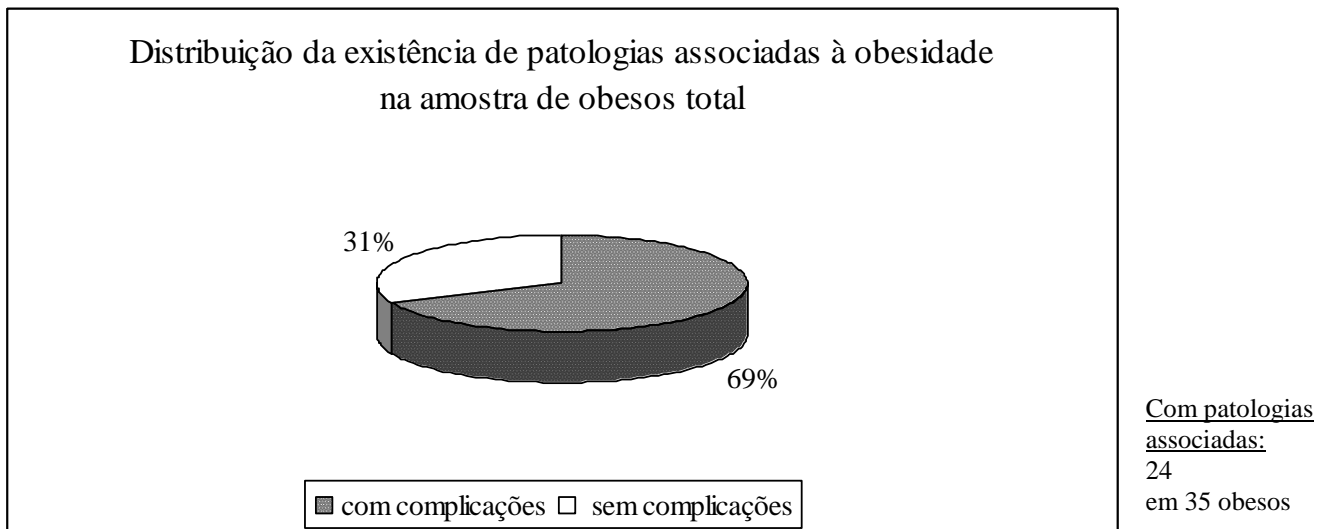


Figura 13: Distribuição da existência de patologias associadas à obesidade na amostra de obesos total

Sendo que nos utentes do CSSJ apenas 29% apresentavam-se sem complicações associadas à obesidade, face aos 36% dos do CSA.

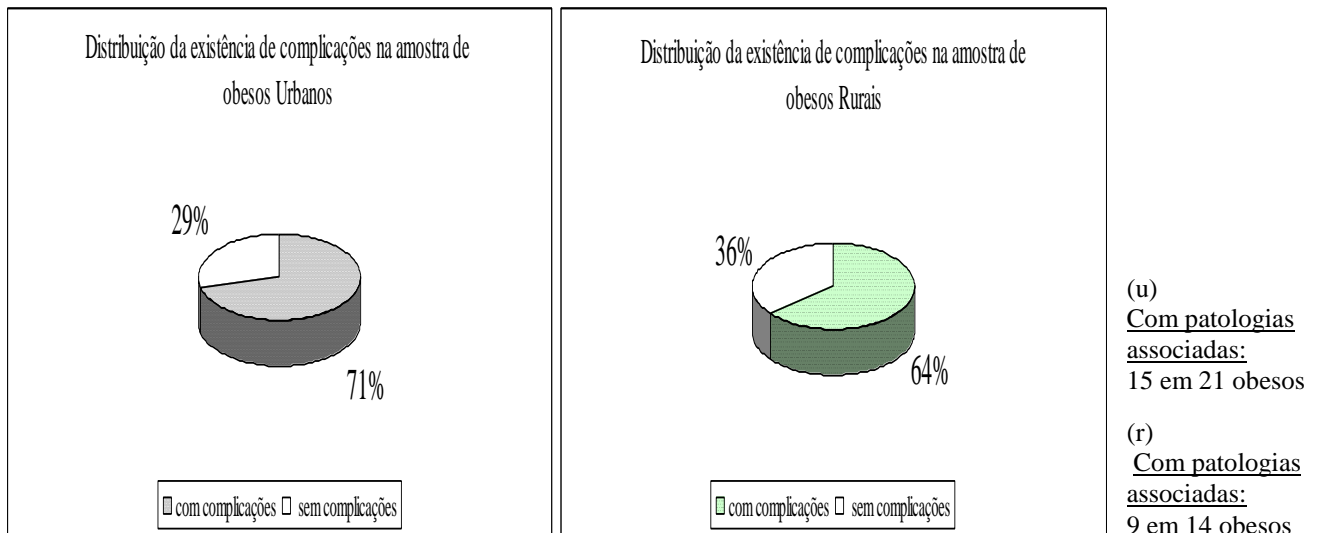


Figura 14 e 15: Distribuição da existência de patologias associadas à obesidade na amostra de obesos _Urbano e _Rural

Das seis patologias consideradas, a HTA é a de maior prevalência, seguida da Dislipidemia, Patologia Osteoarticular, DM II. A existência de episódios anteriores de AVC ou EAM é muito reduzida, sendo de 0% a associação à Apneia de Sono, talvez por falta de consciência da sua existência.

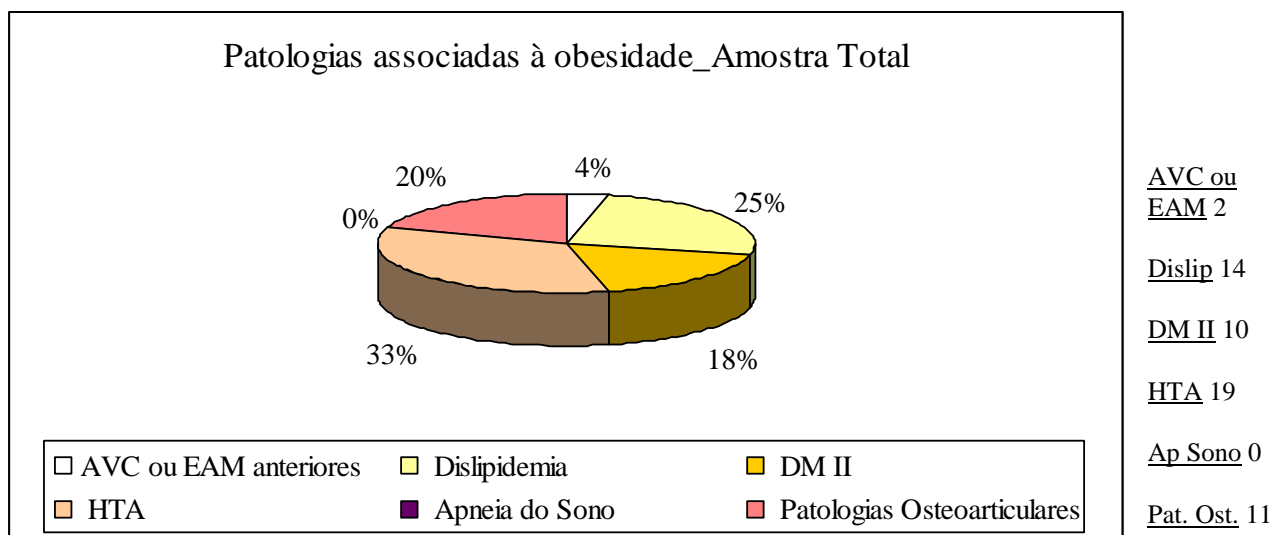


Figura 16: Patologias associadas à obesidade_ Amostra Total

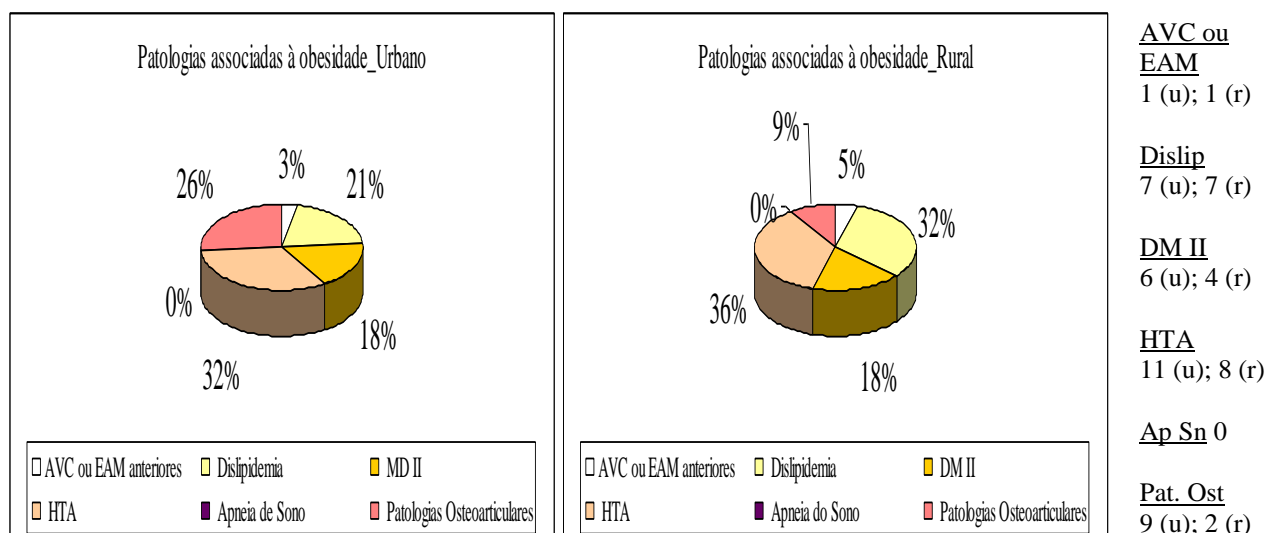


Figura 17 e 18: Patologias associadas à obesidade_ Urbano e _Rural

Comparando os dois meios, é de salientar que em ambos prevalece a HTA. No entanto, no CSSJ há mais patologias osteoarticulares associadas (26% > 9%), mas menor percentagem de dislipidémicos (21% < 32%), existindo a mesma proporção de diabéticos.

CONCLUSÃO

Este trabalho é o princípio de um estudo que permitiria, aumentando a amostra e assim a sua reprodutibilidade, obter conclusões descritivas mais aproximadas com a realidade.

Classificando-se como descritivo as observações são apenas factos e não associações, pelo que apenas referirei algumas hipóteses relacionadas com os resultados obtidos.

Uma vez que a amostra do CSSJ e a do CSA têm o número de utentes muito aproximado, as conclusões podem ser consideradas.

Torna-se assim interessante a constatação que tanto o número de obesos como as patologias associadas à obesidade existe em maior percentagem no meio urbano, pois será o estilo de vida espelhado na saúde.

Poder-se-á então apontar o sedentarismo e a dieta hipercalórica, mais tipicamente presentes na cidade, como a razão principal, contrapondo-se com Amares, onde a agricultura é explorada e a dieta mais rica em vegetais. O que relembra a importância da aquisição de um estilo de vida saudável, que inclui uma dieta equilibrada, como é exemplo a dieta mediterrânica, e exercício físico frequente. O

médico especialista de MGF toma um papel importante, uma vez que é o promotor directo do bem-estar geral das pessoas.

Observa-se também que a obesidade é mais prevalente no sexo feminino, o que é comprovado por estudos realizados que afirmam que os determinantes de obesidade são diferentes entre os sexos, ocorrendo com maior frequência entre as mulheres e com o aumento da idade.⁽⁶⁾

Aquando a realização do presente relatório, constatei que esta actividade complementar tornar-se-ia mais interessante se tivesse explorado o estilo de vida, tal como dieta e exercício, pois teria sido uma abordagem de imensa importância para conclusões mais determinantes.

No entanto, realço que o tratamento dos dados adquiridos foi de qualquer forma gratificante, pois possibilitou o estudo directo de uma amostra de utentes a qual acompanhei.

CONCLUSÃO

Passadas as quatro semanas de estágio, verifiquei que a realidade vivida correspondeu plenamente à expectativa inicial. Todos os objectivos foram cumpridos com o acréscimo da experiência enriquecedora em que pude participar.

Do campo teórico para a prática, muitas são as diferenças mas também aplicações. O facto da linha que separa estas duas realidades ser tão ténue, assusta o discente pela responsabilidade implícita, mas com ela surge também a gratificação de exercer práticas e gestos clínicos que estudam os utentes no sentido de melhorar o seu estado de saúde.

Neste período apercebi-me que MGF é uma especialidade basilar, uma vez que acompanha as pessoas não apenas durante um episódio, mas ao longo de toda o ciclo vital, pelo que a relação médico-doente torna-se mais aprofundada. Tal permite perceber o contexto social e familiar de cada um, medos e expectativas, tornando-se a prática médica mais adequada às necessidades.

Relativamente à faixa etária dos idosos realço a elevada prevalência de doenças crónicas e conseqüente polimedicação. Esta realidade aumenta o risco de doenças iatrogénicas, por interacção medicamentosa, o que constitui um dos Síndromes Geriátricas mais frequentes. A intervenção do médico MGF é então fundamental para que as patologias sejam hierarquizadas, tal como a respectiva terapêutica. Assim o conseguem olhando para o doente como um todo, e não tratando cada patologia de forma isolada.

As diferenças entre o CSSJ e CSA não são muito numerosas. Ambos apresentam boas instalações e bom corpo de profissionais. Os utentes apresentam o mesmo tipo comportamental e as queixas são coincidentes. Posso afirmar que diferem no que concerne à prevalência da obesidade, que é superior no CSSJ, resultado do estudo realizado.

A tarefa desenvolvida foi gratificante pois permitiu-me trabalhar a realidade dos utentes portugueses. Apesar de ter sido só numa dimensão (prevalência da obesidade), sinto que a vivência me sensibilizou para a observação dos doentes, corpo e expressão, porque são uma linguagem forte e informativa, que dita muitos factos por vezes ocultados consciente ou inconscientemente.

Após esta experiência posso afirmar que o estágio realizado é fundamental para a formação do futuro não só como profissional mas também como pessoa.

BIBLIOGRAFIA

- ⁽¹⁾ Couto Soares, M.L.. O “Triângulo hipocrático”. Notas sobre o estatuto da medicina. Em Couto Soares, M.L., (Ed.), *Hipócrates e a Arte da Medicina*. Lisboa: Ed. Colibri. (1999), pp. 63-89
- ⁽²⁾ WONCA/OMS. A Definição Europeia de Medicina Geral e Familiar. Barcelona, Espanha: WONCA Europa; 2002
- ⁽³⁾ 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
- ⁽⁴⁾ Hespanhol, A. Um novo modelo de remuneração dos Médicos em uso no Centro de Saúde São João (Porto). *Rev Port Clin Geral* 2005; 21: 81-9
- ⁽⁵⁾ Organização Mundial de Saúde, Themudo e col., (1997). Disponível em <http://www.obesidade.info/prevalenciaobesidade.htm>
- ⁽⁶⁾ Gagante, D.P.; Barros, F.C.; Post, C.L.A. e Olinto, M.T.A. Prevalência de obesidade em adultos e seus factores de risco. *Rev. Saúde Pública* [online]. 1997, vol.31, n.3, pp. 236-246

APÊNDICE I | Contacto com os CSP no Mestrado Integrado em Medicina da FMUP

1º ano	-
2º ano	Medicina Preventiva
3º ano	-
4º ano	-
5º ano	-
6º ano	Medicina Comunitária (4 semanas)
	Saúde Pública (optativa) (2 semanas)
	Pediatria (no CS) (1 semana)

APÊNDICE II | Recursos Informáticos

O SAM é utilizado para registo da história clínica do utente segundo o método SOAP, marcação de consultas, prescrição de receitas, pedido de meios complementares de diagnóstico e atribuição de baixas e atestados. O SINUS é usado para fins administrativos e o Alert P1 para referenciação de doentes. No CSSJ recorrem ainda ao HÍGIA e Diabcare. Estes têm uma funcionalidade igual à do SAM, sendo que o DiabCare permite ainda a monitorização dos utentes diabéticos, segundo as normas estabelecidas na Declaração de Saint Vincent.

APÊNDICE III | Cronograma do estágio**CSSJ, 2010**

Dia	15 Março	16 Março	17 Março	18 Março	19 Março
Actividades	Seminário nr 1 e nr 2	-	-		
		Consulta programada e aberta	Cuidados de Enfermagem	Consulta programada	Consulta programada
Dia	22 Março	23 Março	24 Março	25 Março	26 Março
Actividades	Seminário nr 1 e nr 2	-	-	-	-
	-	Consulta programada e aberta	Cuidados de Enfermagem	Consulta programada	Consulta programada

CSA, 2010					
Dia	05 Abril	06 Abril	07 Abril	08 Abril	09 Abril
Actividades	Consulta programada	Consulta programada	Consulta: Saúde Infantil	Cuidados de enfermagem	Domicílio de enfermagem
	Consulta programada	Consulta programada	Consulta programada	Consulta programada	-
Dia	12 Abril	13 Abril	14 Abril	15 Abril	16 Abril
Actividades	Cuidados de enfermagem	Consulta programada	Consulta: Saúde Infantil	Visita à Unidade de Cuidados Continuados de Vieira do Minho	Consulta programada
	Consulta programada	Consulta programada	Consulta programada	Visita à Unidade de Cuidados de Convalescença da Póvoa de Lanhoso	-

APÊNDICE IV | Cuidados de Enfermagem

SAÚDE INFANTIL

- 1 – Participar na consulta de Enfermagem / Ensino aos Pais
- 2 – Conhecer o Plano Nacional de Vacinação e aplicar a cada caso

SAÚDE DA MULHER

- 1 – Participar na consulta de Enfermagem / Ensino às Grávidas
- 2 – Planeamento Familiar

SAÚDE DO ADULTO / IDOSO

HIPERTENSOS

- 1 – Avaliar tensão arterial
- 2 – Ensino ao doente hipertenso
- 3 – Colocar MAPA

DIABÉTICOS

- 1 – Pesquisas de glicemias capilares
- 2 – Aplicar livro diabético
- 3 – Ensino ao diabético

TÉCNICAS DE ENFERMAGEM

- 1 – Técnica de ECG

2 – Administrar Fármacos

3 - Administrar Vacinas

4 – Executar pensos segundo técnicas assépticas

APÊNDICE V | Trabalhos Realizados

Trabalhos Realizados	Urbano	Rural
	Registo de 1 dia de consultas	Registo de 1 dia de consultas
	Desdobrável	História Clínica
	Reflexão	Fluxograma

Registo de 1 dia de consultas, Valência Urbana

REGISTO DA CONSULTA					
Valência Urbana _15 a 26 de Março 2010_ Dr. Manuel Viana					
Data	Iniciais Género Idade	Motivo(s) da consulta	Problema(s) de Saúde	Referência para	Retorno de
nr. 01 16 Março	MRP Feminino 70 anos	Consulta de rotina. Leitura de endoscopia digestiva alta anteriormente realizada. Diagnóstico de hérnia de hiato. Realização de otoscopia: identificação de um corpo estranho no canal auditivo externo direito.	Litíase biliar HTA Depressão	Serviço de Urgências do Hospital Stº António para remoção do corpo estranho do canal auditivo externo direito. Cirurgia no Hospital de Stº António para colecistectomia.	-
nr. 02 16 Março	SCF Feminino 30 anos	Consulta de rotina. Leitura de registo clínico pós- cirurgico (remoção mamária). Pedido de baixa. Marcação de uma consulta de planeamento familiar	Depressão	-	-
nr. 03 16 Março	AMCM Feminino 29 anos	Consulta de rotina. Pedido de marcação de cirurgia plástica abdominal (para remoção de estrias abdominais consequentes da gravidez de 2004).	Depressão	Cirurgia para o Hospital da Prelada.	-
Nr. 04 16 Março	GANS Masculin o 5 meses	Consulta aberta. Quadro de tosse e diarreia desde há 3 dias. Bom aspecto geral, sem febre, hidratado. Auscultação pulmonar normal.	-	-	-

nr. 05 16 Março	MAC Feminino 61 anos	Consulta aberta. Leitura de ecografia abdominal e renal.	Depressão Úlcera gástrica	-	-
nr. 06 16 Março	MOF Feminino 65 anos	Consulta aberta. Análise de RX executado aos joelhos (gonartrose acentuada no joelho direito).	HTA Diabetes	Consulta de ortopedia no Hospital Stº António.	-
nr. 07 16 Março	ESNG Masculino 58 anos	Consulta aberta. Doente com eczema varicótico na região da safena na perna direita.	Varizes Diabetes	-	-
nr. 08 16 Março	NMM Masculino 5 anos	Consulta aberta. Laceração na cabeça de aproximadamente 2 cm.	-	Serviço de Urgências do Hospital Stº António para execução de penso e pontos (se necessário).	-
nr. 09 16 Março	MCA Feminino 3 anos	Consulta aberta. Doente com febre (39ºC) desde há 3 dias. A fazer antibioterapia para tratamento de amigdalite. Bom aspecto geral.	-	-	-
nr. 10 16 Março	SMMO Masculino 47 anos	Consulta aberta. Leitura de análises bioquímicas. Níveis de glicose aumentados pela primeira vez (indicado para executar PTOG).	HTA	-	-
nr. 11 16 Março	JCM Feminino 3 anos	Consulta aberta. Doente com febre (40ºC) há 1 dia, com queixas urinárias (número de micções aumentado).	Piellonefrite (aos 6 meses)	Realização de teste do Coombs no Centro de Saúde S.João.	-
nr. 12 16 Março	MJGS Feminino 46 anos	Consulta aberta. Quadro de sinusite com agravamento de sintomas desde há 4 dias. Análise da ecografia do pé direito (diagnóstico de tendinite).	-	Serviço de ortopedia do Hospital Stº António.	-
nr. 13 16 Março	SMSF Masculino 5 anos	Consulta aberta. Quadro de infecção respiratória superior com febre (38ºC) desde há um dia. Bom aspecto geral. Crepitações	Refluxo vesicoureteral	-	-

		nas bases pulmonares à auscultação.			
nr. 14 16 Março	AMO Masculino 69 anos	Consulta de rotina. Leitura dos resultados histológicos realizados à mucosa gástrica (diagnóstico de gastrite, E. Pylori negativa). Queixa de perda de sangue nas fezes (hemorróides).	HTA	-	-
nr. 15 16 Março	MEG Feminino 81 anos	Consulta de rotina. Análise do ecocardiograma realizado.	HTA Lombalgias	-	-
nr. 16 16 Março	MGF Feminino 75 anos	Consulta de rotina. Queixa de lombalgias.	Depressão.	-	-

Desdobrável

Lembre-se de que as bebidas alcoólicas têm muitas calorias e devem ser evitadas pelas pessoas que precisam perder peso.

Não tenha pressa em alimentar-se, procure mastigar bem os alimentos antes de ingeri-los.

Exercícios físicos como caminhadas pelo menos três vezes por semana durante 30 minutos ajudam a controlar o peso.

Evite a auto-medicação. Não são todas as pessoas que podem tomar fármacos para emagrecer. Somente um médico pode receitá-los.

Faça regularmente uma avaliação médica para verificar como está a sua saúde.



Como seria a Catherine Zeta Jones se fosse obesa?



**Pense em si...
cuide do seu peso!
Cuide da sua saúde!**

U. PORTO Medicina Comunitária
FACULDADE DE MEDICINA Catarina Oliveira
UNIVERSIDADE DE PORTO 6º ano 2009/10

**OBESIDADE
não é pêra doce**



O que é a obesidade?

A obesidade é o excesso de gordura corporal ou quando o peso do corpo ultrapassa em 20% o peso ideal.

É considerada uma doença crónica e precisa ser tratada.



Peso Ideal

Para conhecer o seu peso ideal, basta calcular o seu Índice de Massa Corporal - IMC, padrão internacional para avaliar o grau de obesidade.

Para calcular, divida o seu peso pela sua altura².

Exemplo:
Pessoas com 1,70m e 72kg

$IMC = 72 / 1,70^2$
 $IMC = 72 / 2,89$
 $IMC = 24,91$



Categoria	IMC
Abaixo do peso	abaixo de 18,5
Peso normal	18,5 - 24,9
Sobrepeso	25,0 - 29,9
Obesidade Grau I	30,0 - 34,9
Obesidade Grau II	35,0 - 39,9
Obesidade Grau III	40,0 e acima

Porque ficamos obesos?

São várias as causas: factores genéticos, hormonais, excesso de ingestão alimentar, sedentarismo, fármacos, stress físico e emocional.

Que complicações?

Diabetes, hipertensão arterial, aterosclerose, enfarte do miocárdio, derrame cerebral, gangrena, aneurisma (dilatação nas artérias).



Principalmente se for associada a factores de risco:

tabagismo, stress, alcoolismo.



Dicas para perder ou manter peso

Prefira peixe, frango sem pele ou carnes magras, retirando toda a gordura visível e procure consumi-los grelhados, assados e com pouco óleo.

Consuma pães com pouca gordura (light, diet).

Prefira leite e iogurte desnatados, queijo branco.

Modere o consumo de ovos; dê preferência à clara.

Use margarina com óleo vegetal e pouca quantidade de gordura saturada; use apenas óleos vegetais (girassol, milho, soja, azeite de oliva).

Evite fritos.

Consuma verduras, legumes e frutas diariamente.

Reflexão





O ser humano desde sempre teve a necessidade de se exprimir, de representar a sua vivência, experiência física e mental. Recorre a vários tipos de linguagem para tal: verbal, gestual, plástica... Enquanto fazia o caminho para o Centro de Saúde S. João apercebi-me que a rua Miguel Bombarda tinha as suas paredes repletas de mensagens. Tirei fotografias e constatei que um grande número reflectia a existência humana, feliz e infeliz.



Da rua entram para o consultório, onde as pessoas continuam a vida e têm a oportunidade de encontrar a medicina como ajuda para melhorar o seu bem-estar.

"Sinto-me cansada e só me apetece chorar" (sic), "não me apetece sair de casa, sinto-me muito ansiosa" (sic), "sinto um vazio dentro de mim" (sic), queixas que exploradas completam um quadro de perturbação depressiva, anteriormente designado por neurose.

O termo neurose foi criado pelo médico escocês William Cullen em 1769 para indicar "perturbações de sentidos e movimento" causadas por "efeitos gerais do sistema nervoso". Apesar de sua longa história, o termo "neurose" não é mais de uso comum.

Os actuais sistemas de classificação abandonaram a categoria "neurose". O DSM IV ("Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders") eliminou a categoria por completo. Perturbações primeiramente chamadas de neuroses agora são descritas sob os títulos de "Ansiedade e Perturbações Depressivas".

É uma doença emocional, afectiva e de personalidade. Acontece quando uma pessoa reage com exagero a uma determinada experiência já vivida. Um ser neurótico passa a ter reacções e comportamentos diferentes: fica muito ansioso, evita sair de casa para ir a determinados lugares, tem medo de certas situações, imagina

circunstâncias que podem fazer mal, ficam deprimidos mais constantemente, são mais preocupados. Pode-se dizer que sente tudo de uma forma exagerada.

Em geral uma pessoa neurótica sabe do seu problema, sofre com isso mas sente-se incapaz de solucioná-lo.

O tratamento mais adequado para ajudar um doente neurótico a lidar com esse distúrbio é a psicoterapia. A psicoterapia permite transformações profundas da personalidade e pode ser feita individualmente, em grupo, em casal, com a família ou com intervenção institucional. A música entra como elemento terapêutico onde o doente expressa-se e interage com o mundo, sentindo-se útil e aceite pela sociedade.



Atualmente, existem estudos que incluem outros diagnósticos nas perturbações depressivas, tais com: depressão major, distímia, ciclotímia e doença bipolar I e II.

Este tipo de patologia é muito frequente e é conhecido há bastante tempo, porém era subdiagnosticado e como tal não se procedia ao seu tratamento. No entanto, ao longo do tempo, resultado de uma pesquisa intensiva, houve o desenvolvimento de terapêutica farmacológica e psicoterapia.

O custo económico para o tratamento deste tipo de perturbações é excessivo, mas o valor do sofrimento do ser humano não pode ser estimado. A depressão interfere, frequentemente, com o funcionamento normal do quotidiano e causa sofrimento não só aos que têm a patologia, mas igualmente à família e amigos.

Se não for devidamente tratada, a depressão pode arruinar a vida pessoal e familiar. Porém, muito deste sofrimento pode ser evitado quando tratado de forma adequada e atempadamente, o que por vezes não acontece devido ao estigma social existente em relação à doença mental, incluindo o preconceito do próprio doente.

No decorrer do estágio profissionalizante em Medicina Comunitária, apercebi-me que há uma boa adesão terapêutica, mas que existe uma percentagem relativa de doentes que associam a terapêutica antidepressiva a um estado de dependência química e que por isso abandonam os fármacos sem que assim o seja indicado. Nessas circunstâncias, é explicado que a administração de fármacos é essencial e pouco nociva.

Desta forma, penso que campanhas sociais seriam necessárias para minimizar o preconceito que há em relação à doença mental, porque a mente é o coração da existência racional dos seres que somos.



Bibliografia

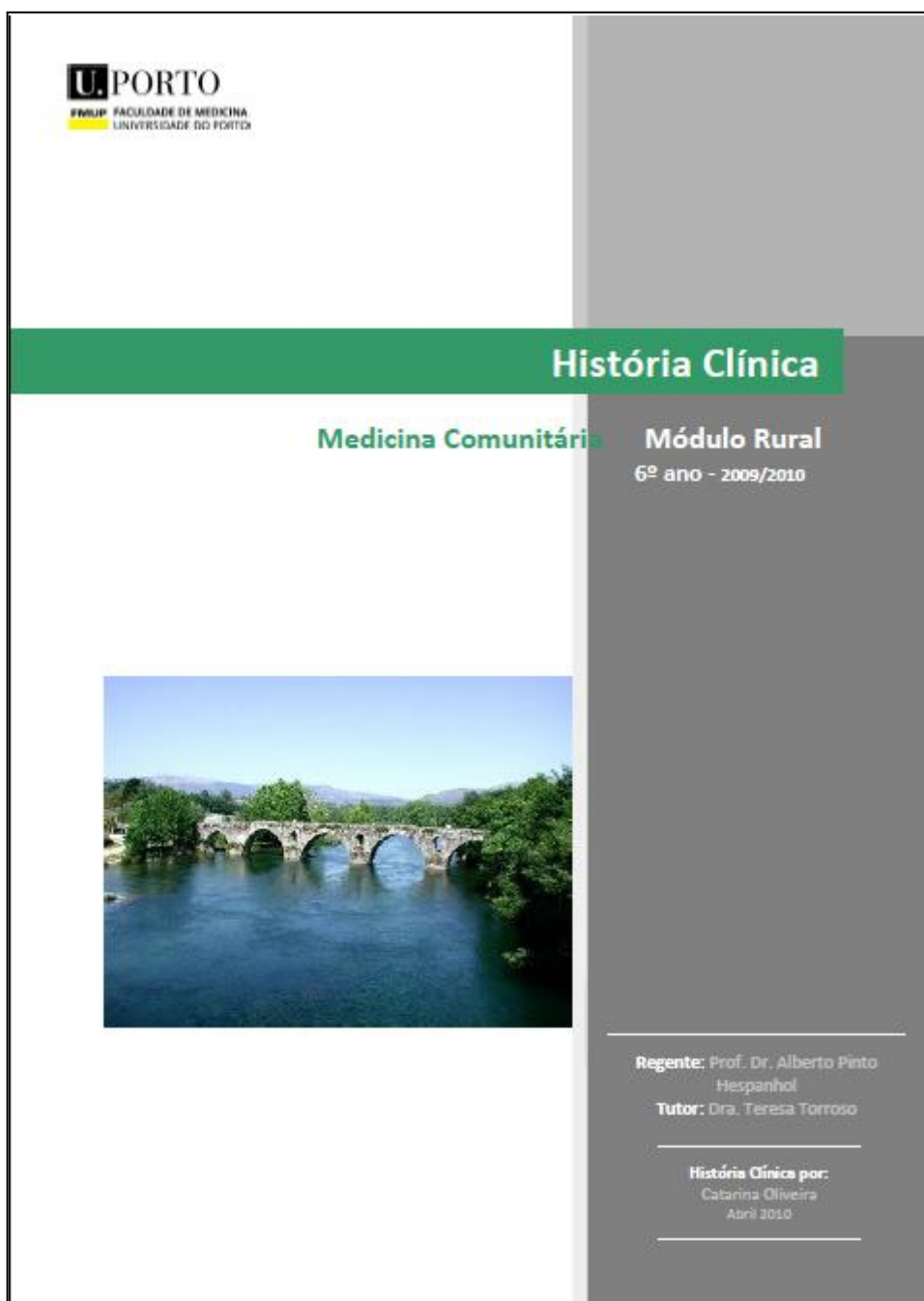
- Goroll A. et al; "Cuidados Primários em Medicina"; Mc Graw Hill 1999
- "Problemas de família" (Peter Williams) – Edição do Departamento de Clínica Geral, 1993
- Rakef R.; "Textbook of Family Medicine"; 7ª edição; Philadelphia: Elsevier Saunders; 2007
- Fonseca A. F.; "Psiquiatria e Psicopatologia"
- "Retirando sua vida após a depressão"; RJ Camposagrado; do site www.articlegarden.com
- "Neurose ou ansiedade e desordens depressivas"; MC Dantes; do site <http://bases.bireme.br>

Registo de 1 dia de consultas, Rural

REGISTO DA CONSULTA					
Valência Rural _05 a 16 de Abril 2010_ Dra. Teresa Torroso					
Data	Iniciais Gênero Idade	Motivo(s) da consulta	Problema(s) de Saúde	Referência para	Retorno de
nr. 01 16 Abril	AVM Masculino 59 anos	Consulta de medicina preventiva/ acompanhamento geral + Diabetes. Medição de níveis da glicose sanguínea. Leitura de análises bioquímicas.	DM II Dislipidemia HTA Cx coronária	Nova consulta de vigilância de diabetes (3 meses depois).	-
nr. 02 16 Abril	JBS Masculino 52 anos	Consulta de medicina preventiva/ acompanhamento geral + Diabetes. Medição de níveis da glicose sanguínea. Prescrição de novas análises bioquímicas.	DM II HTA	Nova consulta de vigilância de diabetes (3 meses depois).	-
nr. 03 16 Abril	AFO Masculino 63 anos	Consulta de medicina preventiva/ acompanhamento geral + Diabetes.	DM II	-	-
nr. 04 16 Abril	OJMT Masculino 39 anos	Consulta de rotina. Controle dos níveis de colesterol. Prescrição de novas análises bioquímicas. Queixa de mialgias.	Dislipidemia Cx hemorróides	Nova consulta de rotina.	-
nr. 05 16 Abril	DRF Masculino 67 anos	Consulta de rotina. Queixa de lombalgias.	HTA	Nova consulta de rotina.	-
nr. 06 16 Abril	MAB Masculino 77 anos	Consulta de medicina preventiva/ acompanhamento geral + Diabetes. Prescrição de novas análises bioquímicas.	DM II Retinopatia diabética HTA Dislipidemia	Nova consulta de vigilância de diabetes (3 meses depois).	-
nr. 07 16 Abril	PJO Feminino 72 anos	Consulta de medicina preventiva/ acompanhamento geral + Diabetes. Realização de otoscopia (eczema no canal auditivo externo). Alteração da terapêutica antihipertensora.	DM II HTA Dislipidemia Doença coronária	Nova consulta de vigilância de diabetes (3 meses depois).	-

nr. 08 16 Abril	MCA Feminino 62 anos	Consulta de rotina. Doente com diagnóstico de espondilite anquilosante com queixas algicas.	Espondilite anquilosante	-	-
nr. 09 16 Abril	NDF masculino 21 anos	Consulta de rotina. Queixa de lombalgias. Prescrição de TAC.	-	Nova consulta para leitura de TAC.	-
nr. 10 16 Abril	PJDT Masculino 37 anos	Consulta de rotina. Prescrição de análises bioquímicas.	Dislipidemia	-	-

História Clínica



Medicina Comunitária _ Módulo Rural

Data e hora da recolha da informação: 13 de Abril de 2010, 17h
Local da recolha da informação: Centro de Saúde de Amares
Fonte e fiabilidade da informação: informação fornecida pela doente; a doente encontrava-se consciente, colaborante, orientada no tempo e no espaço.

Identificação

Nome: ODGA
Sexo: Feminino
Idade: 52 anos
Data de nascimento: 26 de Janeiro 1958
Raça: Caucasiana
Nacionalidade: Portuguesa
Naturalidade: Amares
Residência: Amares
Estado civil: Casada
Profissão: Dona de uma pizzeria, onde trabalha como cozinheira

Antecedentes Pessoais

Doenças prévias:

Refere ter tido sarampo e varicela em criança.
Refere que em 1984, no período pós-parto, se sente deprimida pela primeira vez. Em 1995 é feito o diagnóstico de depressão, altura em que é medicada. Afirma ser acompanhada e cumprir a terapêutica até à data actual.
Menciona que em 1999 é feito o diagnóstico de hipertensão arterial, tendo sido medicada.
Nega patologias respiratórias, cardiovasculares ou gastrointestinais.
Nega dislipidemia, diabetes mellitus.

Acidentes/traumatismos:

Refere acidente de aviação em 2000, recorrendo ao hospital para vigia, sem qualquer tipo de lesão.
Nega outros acidentes ou traumatismos.

Cirurgias/ hospitalizações:

Refere realização de laqueação tubar em 1988.
Nega qualquer outra cirurgia ou internamento.

História ginecológica:

Menarca aos 13 anos, com catamênios de 5 dias e interlúnios de 20 dias.
Refere ter usado anticonceptivos orais num período muito curto, tendo abandonado a toma devido ao esquecimento de a cumprir. Afirma ter recorrido desde então ao método anticoncepcional natural (calendário).

Medicina Comunitária _ Módulo Rural

Menciona que desde há 3 anos os interlúnios tornaram-se irregulares e que há 6 meses o cataménio é ausente. Aguarda resultados analíticos para confirmação de menopausa.

História obstétrica:

6 gesta 5 para
Cinco gestações sem intercorrências e cinco partos eutócicos sem intercorrências.

Abortamento espontâneo às 12 semanas da terceira gestação. Refere ter ocorrido em casa, sem necessidade de internamento posterior.

Hábitos e factores de risco:

Alimentação: três refeições por dia (pequeno-almoço, almoço e ceia), refere que janta apenas quando marido está presente (marido ausenta-se durante períodos moderados pois é camionista). Dieta pouco variada ("almoço na pizzeria" (sic)), sem restrições.

Nega hábitos tabágicos ou consumo de drogas.

Nega hábitos alcoólicos. Refere que ingere poucos líquidos, incluindo água.

Nega realização de qualquer tipo de exercício físico.

Nega história prévia de transfusões de sangue.

Nega alergias alimentares ou medicamentosas conhecidas.

Refere que não cumpre de forma rigorosa o PNV.

Medicação habitual:

Alprazolam (1 mg);

Losartan (50 mg);

Bisoprolol (10 mg).

Biografia

Nascida em 26 de Janeiro de 1958, refere que pais desejavam que o parto tivesse ocorrido em casa, mas por complicações durante o parto tiveram que recorrer ao Centro de Saúde de Amares.

Cresceu em Braga, junto a seus pais e irmão mais novo (nascido em 1961). Considera que fora uma criança saudável, destacando apenas uma queda ocorrida aos 5 anos da qual foram consequentes lombalgias tratadas em casa pela sua mãe.

Aos 6 anos muda-se para Lisboa com a mãe e irmão onde estudou até ao 3º ano. Nesta data o pai vai para o ultramar, regressando alguns anos depois.

Aos 9 anos regressa a Amares com a sua família, continuando a estudar até ao 6º no.

Aos 12 anos vai viver com os pais e o irmão para Braga, frequentando a escola até ao 9º ano.

Considera que foi uma criança infeliz, apesar de se sentir amada pelos pais. Afirma que eles eram muito rigorosos na educação.

Concluído o 9º ano escolar, vai trabalhar para o escritório de uma fábrica de telefones em Braga, onde permanece dos 16 até aos 24 anos.

Medicina Comunitária _ Módulo Rural

Aos 20 anos casa-se com o actual marido em Braga, continuando nesta cidade onde já trabalhava.

Aos 21 anos ocorre o nascimento do primeiro filho, sexo feminino, tendo sido uma gravidez desejada (1979).

Aos 22 anos sucede-se o nascimento do segundo filho, sexo masculino, igualmente desejado (1980).

Aos 24 anos vai viver para Viana do Castelo com o marido e filhos, onde passa a laborar numa churrascaria.

Aos 25 anos ocorre episódio de abortamento espontâneo às 12 semanas de gestação.

Aos 26 anos nasce o terceiro filho, sexo masculino (1984).

Aos 27 anos ocorre o nascimento do quarto filho, sexo feminino (1985).

Aos 29 anos nasce o quinto filho, sexo masculino (1987).

Aos 30 anos realiza laqueação tubar.

Aos 32 anos, regressa a Amares com a sua família (marido e filhos), onde habita desde então. Trabalhou como ama aproximadamente 10 anos, ao fim dos quais começou a laborar numa fábrica de caça e pesca (durante 4 anos).

Aos 33 anos, recorre ao Centro de Saúde de Amares por quadro depressivo, tendo sido feito o diagnóstico de depressão. Inicia terapêutica adequada (alprazolam, 1 mg), que cumpre desde esse momento até à data actual. Refere que sente melhoria dos sintomas depressivos, mas que por vezes combate o sentimento de "tristeza" (sic) que afirma identificar e controlar.

Seguiu-se um ano em que a doente permaneceu em casa sob certificado de incapacidade temporária, acabando por ser chamada a uma junta médica onde decidiram que poderia voltar a trabalhar. Afirma que o período laboral inicial fora muito difícil, mas que foi melhorando com o tempo.

Aos 37 anos é feito o diagnóstico de hipertensão arterial, tendo sido medicada com losartan (50 mg) e bisoprolol (10 mg)

Aos 41 anos, torne-se proprietária de uma pizzeria em Amares onde trabalha também como cozinheira. Negócio que se mantém até ao presente dia.

Aos 42 anos assinala ocorrência de um acidente de viação, do qual advieram lombalgias, mas sem necessidade de internamento hospitalar.

Aos 49 anos, ocorre o nascimento do primeiro neto, sexo masculino, actualmente com 3 anos e saudável.

Actualmente afirma sentir-se "muito bem" (sic), existindo porém alguns dias em que se sente mais deprimida, os quais são superados com facilidade. Menciona que todos os seus filhos trabalham excepto a filha mais nova que estuda na Faculdade do Minho. O seu marido continua a trabalhar como camionista internacional. Refere que toda a sua família (marido e filhos) é saudável.

Medicina Comunitária _ Módulo Rural

Abordagem Familiar

Genograma:

Psicofigura de Mitchel:

O agregado familiar da utente é constituído, actualmente, pelo seu marido e pelo seu "filho do meio" (sic), sexo masculino, nascido a 1984. Considera que todos os elementos estabelecem uma boa relação, sendo que classifica como excelente a que estabelece com o filho.

Legenda

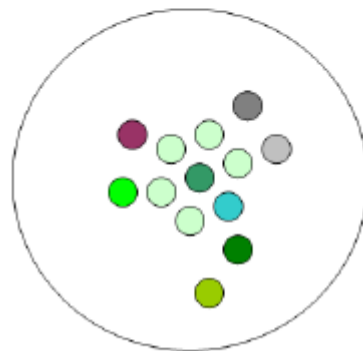
- ==== Boa relação
- ===== Excelente relação

filho marido

5

Medicina Comunitária _ Módulo Rural

Círculo familiar de Thrower



- Uteente
- Marido
- Filhos
- Pai
- Mãe
- Irmão
- Cunhada
- Sobrinha
- Afilhada

A utente representa-se no centro e de forma equidistante do seu marido e de todos os seus filhos, afirmando que “somos uma família muito unida” (sic). Considera que os pais e irmão são importantes na sua vida mas não tão próximos como o marido e filhos, pelo que os apresenta num segundo nível, onde também incluiu a sobrinha e a afilhada. Realça que estabelece contacto diário com todos os elementos até então enumerados, “ajudamo-nos a todos os níveis” (sic). A cunhada encontra-se mais distante pois “apesar de nos darmos bem, não é tão próxima” (sic).

Ciclo de vida familiar de Duvall:

De acordo com a evolução do ciclo de vida familiar, actualmente o agregado encontra-se no estágio VI – Família com filhos adulto-jovem a sair de casa (desde o primeiro filho que saiu até à saída do último).



Medicina Comunitária _ Módulo Rural

APGAR familiar de Smilkstein

	QUASE SEMPRE (2 pontos)	ALGUMAS VEZES (1 ponto)	QUASE NUNCA (0 pontos)
Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.	✓		
Estou satisfeito pela forma como a minha família discute os assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.	✓		
Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida.	✓		
Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.	✓		
Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.	✓		

TOTAL = 8 pontos; sugere uma família altamente funcional.

Aspectos Psicossociais

Capacidades Individuais

Locomoção: Não tem qualquer limitação da locomoção sendo totalmente independente para as actividades da vida diária.

Sentidos: Sem alterações auditivas, visuais ou sensitivas. Orientada no tempo e no espaço e com boa memória para eventos passados.

Cuidados de higiene diários: Proceder diariamente à sua higiene pessoal básica sem necessidade de ajuda.

Aderência à medicação: Refere cumprir a medicação.

Habitação

Vive com o marido e com o filho nascido em 1984. Refere que o seu marido se ausenta por períodos moderados de tempo devido à sua profissão (camionista internacional).

Habitam num apartamento T3 próprio: arejado, com água canalizada, saneamento básico, electricidade, telefone fixo e televisão. Refere que "é à face da estrada, mas é calminho" (sic).

Medicina Comunitária _ Módulo Rural

Motivo da consulta

A utente veio à consulta para leitura dos resultados do estudo analítico e imagiológico efectuados anteriormente.

Exame Objectivo

Doente consciente, colaborante e orientada no tempo e no espaço.
Bom aspecto geral.
Idade aparente coincidente com idade real.
Pele e mucosas coradas, hidratadas e anictéricas.
Sem sinais de dificuldade respiratória.

Parâmetros Antropométricos :

Peso: 102 Kg
Altura: 1,62 m
IMC: 39,1 Kg/m²

Sinais vitais :

Tensão Arterial (TA) com esfigmomanómetro manual: 160/100 mmHg
Frequência cardíaca (FC): 70 bpm
Frequência respiratória (FR): 15 cpm

Auscultação cardíaca (AC): S1 e S2 presentes, de intensidade normal. Sem sopros.
Auscultação pulmonar (AP): sons respiratórios presentes bilateralmente e simétricos.
Relação
Inspiração/expiração normal. Sem ruídos adventícios.

Abdómen mole e depressível, indolor à palpação superficial e profunda. Sem organomegalias ou massas palpáveis. Timpanismo normal. Ruidos hidroaéreos presentes.
Sem edemas periféricos.
Exame neurológico sumário normal.

Lista de problemas

Depressão (1995);
HTA (1999);
Excesso de peso (IMC=39,1 Kg/m²).

Medicina Comunitária _ Módulo Rural

Plano

Manutenção da terapêutica em curso para a depressão e HTA.
Aconselhamento sobre necessidade de perder peso através de uma alimentação saudável e início da prática de exercício físico, nomeadamente caminhadas.
Marcação de nova consulta de vigilância de HTA para 11 de Maio de 2010.

Fluxograma

U. PORTO
FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Departamento de Clínica Geral
Medicina Comunitária
62 ano 2009/10

**Perturbações
Depressivas
Fluxograma**



Regente: Prof. Doutor Alberto Pinto Hespanhol
Módulo Rural: Centro de Saúde Amares
Tutor: Dra. Teresa Torroso
Catarina Maria Neves de Oliveira



Medicina Comunitária_ Fluxograma: Perturbações depressivas
Módulo Rural

As perturbações depressivas representam um grupo de entidades clínicas ou síndromes independentes caracterizadas pela baixa do humor e variabilidade na gravidade. Depressão-sintoma = Depressão-doença

A tristeza é um sentimento presente em vários momentos da vida. Por exemplo, na reacção ao luto, este sentimento está presente, mas é insuficiente para inviabilizar completamente os projectos de vida da pessoa, que preserva o interesse em algumas actividades. A pessoa supera a perda progressivamente, num período variável de 4 a 12 meses.

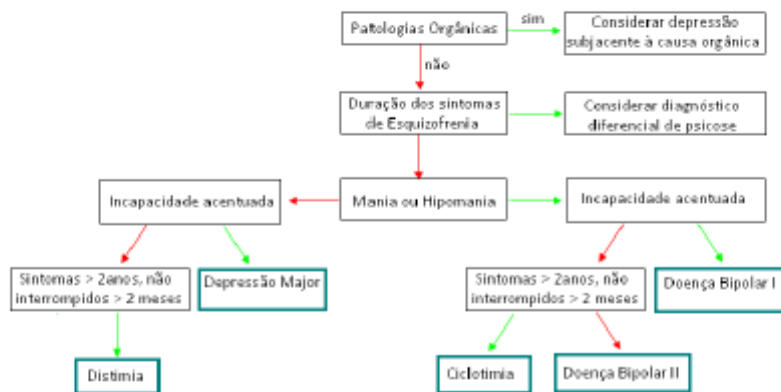
O envelhecimento está associado a diversas perdas, desde familiares queridos, cônjuges, filhos, perda do prestígio social e do nível sócio-económico e, finalmente, da própria independência física. Entretanto, estas perdas são superáveis e podem permitir uma vida psíquica normal.

A depressão major é, actualmente, a principal causa de incapacidade no mundo e tem-se vindo a constituir uma verdadeira "epidemia silenciosa", cuja importância na morbi-mortalidade geral se equivalerá à observada nas doenças cardiovasculares, nas próximas décadas.

A repercussão da depressão no bem estar geral e no funcionamento global do doente é equivalente ou maior ao observado nas doenças crónicas debilitantes clássicas como hipertensão arterial, diabetes mellitus, insuficiência cardíaca, insuficiência coronária, artrite, lombalgia crónica, DPOC e doenças gastro-intestinais.

O médico especialista de medicina geral e familiar é o primeiro profissional a contactar e por isso pode diagnosticar esta patologia. Desta forma pode ser desnecessário recorrer à psiquiatria e executar um plano terapêutico adequado atempadamente. Torna-se por isso importante saber fazer o diagnóstico diferencial deste tipo de patologia.

No fluxograma subjacente, foram abordadas as principais diferenças clínicas, e desta forma o meio como as distinguir.



Legenda: Fluxograma de diagnóstico diferencial de perturbações depressivas.



Bibliografia

- Taylor R. B.; "Family Medicine Principles and Practice"; 6ª edição
- Fonseca A. F.; "Psiquiatria e Psicopatologia"
- "Avaliação multidimensional da depressão"; do site www.profamilia.ufmg.br

APÊNDICE VI | Tabela: Obesidade

Sexo		AVC ou EAM anteriores	
Idade		Dislipidemia	
		DM II	
Peso (Kg)		HTA	
Altura (m)		Apneia do sono	
IMC (Kg/m ²)		Patologia Osteoarticular	