



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2010/2011

Ana Rita Campos Maia Marques

Relatório de Estágio Profissionalizante em Medicina Comunitária

Abril, 2011

FMUP



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Ana Rita Campos Maia Marques
Relatório de Estágio Profissionalizante em Medicina Comunitária

Mestrado Integrado em Medicina

Área: Medicina Comunitária

Trabalho efectuado sob a Orientação de:

Dr.ª Graça Veiga

Abril, 2011

FMUP

Unidade Curricular "Dissertação/Monografia/Relatório de Estágio Profissionalizante"

Eu, Ana Rita Campos Haiz Marques, abaixo assinado, nº mecanográfico 050801139, estudante 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, 20/04/2011

Assinatura: Ana Rita Marques

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

2010/2011

Unidade Curricular "Dissertação/Monografia/Relatório de Estágio Profissionalizante"

Projecto de Opção do 6º ano – DECLARAÇÃO DE REPRODUÇÃO

Nome: Ana Rita Campos Marz Marques

Endereço electrónico: ribeirammarques@hotmail.com Telefone ou Telemóvel: 917035608

Número do Bilhete de Identidade: 13225593

Título da ~~Dissertação~~/Monografia/Relatório de Estágio Profissionalizante (cortar o que não interessa):

Relatório de Estágio Profissionalizante em Medicina Comunitária

Orientador:

Dra Graça Veiga

Ano de conclusão: 2011

Designação da área do projecto:

Medicina Comunitária

É autorizada a reprodução integral desta ~~Dissertação~~/Monografia/Relatório de Estágio Profissionalizante (cortar o que não interessar) para efeitos de investigação e de divulgação pedagógica, em programas e projectos coordenados pela FMUP.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 20/04/2011

Assinatura: Ana Rita Marques

RESUMO

Este relatório foi realizado no âmbito da disciplina de Medicina Comunitária (MC), integrada no plano curricular do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina, da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP). Neste trabalho pretendo fazer uma breve descrição e análise das experiências vivenciadas durante o estágio em Medicina Geral e Familiar (MGF).

A residência em Medicina Comunitária teve a duração de quatro semanas e foi estruturada em dois módulos: valência rural na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Alfândega da Fé (UCSPAF) e valência urbana no Centro de Saúde São João (CSSJ), o que me permitiu caracterizar e comparar as duas unidades de saúde (US).

Ao longo deste estágio foram realizadas várias actividades, tais como, participação na consulta médica tutelada, em actividades de enfermagem, realização de várias tarefas no âmbito da disciplina, entre outras.

Neste relatório, é dado um especial ênfase à problemática da Osteoporose nas mulheres, com o objectivo de caracterizar e comparar as utentes com mais de 50 anos, em relação aos factores de risco, prevenção e conhecimentos sobre a Osteoporose.

Em conclusão, o balanço deste estágio é bastante positivo, uma vez que me proporcionou o contacto diário com doentes, a aquisição e consolidação de conhecimentos, a exploração da relação médico-doente e da melhor conduta a ter durante uma consulta médica. Foi uma experiência enriquecedora para a minha formação tanto pessoal como profissional, constituindo uma mais-valia no meu percurso académico.

ABSTRACT

This report was conducted within the discipline of Community Medicine, which is integrated in the curriculum of the 6th year of Master in Medicine, Faculty of Medicine, University of Porto. In this article I intend to make a brief analysis and description of experiences during the internship in General Medicine.

The residency in Community Medicine lasted four weeks and was structured in two modules: the rural valence in the Unit of Personalized Health Care of Alfândega da Fé and urban valence in the Health Centre of São João, which allowed me to characterize and compare the two health units.

Throughout this internship were carried out various activities, such as participation in the medical consultation, nursing activities and other several tasks within the discipline.

In this report, it is given special emphasis to the problematic of osteoporosis in women, which aim is to characterize and compare the users with more than 50 years, regarding risk factors, prevention, and knowledge about osteoporosis.

In conclusion, the results of this stage are very positive, because it provided me with daily contact with patients, the acquisition and consolidation of knowledge, exploration of doctor-patient relationship and the best approach to take during a medical consultation. It was an enriching experience for my personal and professional training, constituting an asset in my academic career.

ÍNDICE

	Páginas
Lista de Siglas.....	2
Lista de Tabelas e Figuras	3
Introdução e Enquadramento.....	4
Caracterização das Unidades de Saúde	6
Descrição das Actividades.....	12
Conclusão	15
Bibliografia.....	16
Apêndices	

LISTA DE SIGLAS

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
ARS	Associação Regional de Saúde
CSP	Cuidados de Saúde Primários
CSSJ	Centro de Saúde São João
FMUP	Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
MC	Medicina Comunitária
MF	Médico de Família
MGF	Medicina Geral e Familiar
SNS	Sistema Nacional de Saúde
UCSPAF	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Alfândega da Fé
US	Unidades de Saúde

TABELAS E FIGURAS

Tabela I	Comparação dos recursos (Humanos e Informáticos) existentes em cada US
Tabela II	Número de Utentes e Relação Utentes/Médico
Tabela III	Comparação entre as US em relação ao horário de funcionamento, tipos de consulta e Hospitais de Referência
Figura 1	Pirâmide Etária dos utentes do CSSJ
Figura 2	Pirâmide Etária dos utentes da UCSPAF

INTRODUÇÃO E ENQUADRAMENTO

Este relatório de estágio foi realizado no âmbito da disciplina de Medicina Comunitária, pertencente ao plano curricular do 6.º ano do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, durante o ano lectivo de 2010/2011. O estágio decorreu na UCSPAF e no CSSJ durante 4 semanas, no período de 27 de Setembro a 22 de Outubro do ano de 2010.

Escolhi a disciplina de Medicina Comunitária para realização deste trabalho porque considero uma área com enorme interesse, muito vasta em termos de patologias, permitindo, deste modo, colocar em prática conhecimentos adquiridos nas diferentes disciplinas do curso.

A organização do plano curricular do curso de Medicina privilegia o contacto do estudante com os doentes internados em ambiente hospitalar. Contudo, “estes representam uma pequeníssima parte da morbilidade da população”(1). De facto, a *doença* na MGF possui características próprias, relacionadas com a comunidade a que o indivíduo pertence. Além disso, na maioria das vezes, os motivos da consulta de MGF são uma “mistura complexa de elementos físicos, psicológicos e sociais”(2).

Considero primordial a relação construída ao longo do tempo com o doente, baseada numa comunicação efectiva médico-doente e, sobretudo, na promoção da saúde quer através de informação directa ao utente quer pela aplicação de métodos de rastreio adequados, características decisivas em MGF.

A definição europeia de MGF caracteriza os Cuidados de Saúde Primários (CSP) como “a prestação de cuidados abrangentes e continuados a todos os indivíduos no contexto da sua família, comunidade e cultura” e especifica que a acção do MF inclui “a promoção da saúde, prevenção da doença e prestação de cuidados curativos, de acompanhamento ou paliativos”(3).

Objectivos:

- Caracterizar os UCSPAF e CSSJ e a população em que estão inseridos;
- Evidenciar as semelhanças e diferenças entre as duas US;
- Perceber a relação médico-doente no ambiente da MGF;
- Descrever as actividades realizadas durante o estágio em MC, salientando a respectiva repercussão na minha formação pessoal e profissional;
- Caracterizar as utentes com mais de 50 anos dos UCSPAF e CSSJ, em relação aos factores de risco, prevenção e conhecimentos sobre a Osteoporose;
- Comparar os resultados obtidos na aplicação de questionários sobre Osteoporose às utentes com mais de 50 anos das duas US.

CARACTERIZAÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE

Centro de Saúde São João (CSSJ):

O CSSJ situa-se na Rua Miguel Bombarda n°234, na freguesia de Cedofeita, Porto e foi inaugurado em Julho de 1999.

Esta US resultou de um protocolo estabelecido entre a FMUP e a Administração Regional de Saúde (ARS) do Norte, chamado “Projecto Tubo de Ensaio”(4; 5), o que atribuiu à FMUP a administração convencionada de uma US. Este projecto tem vários objectivos, tais como, a prestação de cuidados médicos a estudantes e funcionários de FMUP, assegurar CSP a cerca de 20.000 utentes do SNS do concelho do Porto, participar no ensino pré-graduado através das disciplinas de MC, Medicina Preventiva e Psicologia da FMUP, e pós-graduado através da formação de Internos de MGF, Pediatria e estágios de Psicologia.

Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Alfândega da Fé (UCSPAF):

A UCSPAF possui novas instalações desde Abril de 2007, no âmbito da prestação dos cuidados de saúde primários. Situa-se no centro da vila de Alfândega da Fé, na Av. do Mercado.

Este encontra-se integrado na rede dos centros de saúde da ARS – Norte, estando integrado no ACES Nordeste - Agrupamentos de Centros de Saúde Alto Trás-os-Montes I.

Relativamente aos recursos Humanos, a comparação permite verificar que os números diferem significativamente (tabela I). O CSSJ tem um número superior de médicos de MGF, o que se justifica pelo maior número de utentes que esta US acolhe (tabela II).

Como a população de Alfândega da Fé não tem tanta facilidade de acesso a outras especialidades fora da US como os habitantes do Porto, a UCSPAF apresenta um maior número de profissionais de saúde de outras áreas (tabela I).

CSSJ	UCSPAF
<p>10 Médicos especialistas em MGF</p> <p>16 Enfermeiros (tempo parcial)</p> <p>2 Psicólogos</p> <p>1 Podologista</p> <p>6 Administrativos</p> <p>2 Auxiliares de Acção Médica</p> <p>1 Telefonista</p>	<p>4 Médicos especialistas em MGF</p> <p>12 Enfermeiros</p> <p>1 Psicólogo</p> <p>11 Administrativos</p> <p>10 Auxiliares de Acção Médica</p> <p>1 Técnico de Radiologia (2x/semana)</p> <p>1 Nutricionista (2x/semana)</p> <p>1 Cardiopneumologista (2x/semana)</p> <p>2 Fisioterapeutas</p> <p>1 Terapeuta da Fala (1x/semana)</p> <p>1 Podologista (1x/mês)</p> <p>1 Fisiatra (1x/mês)</p> <p>1 Dentista (2x/semana)</p> <p>1 Médico de Saúde Pública (tempo parcial)</p> <p>1 Técnico de Saúde Ambiental</p> <p>1 Assistente social</p> <p>3 Motoristas</p>
<p>SAM</p> <p>Alert P1</p> <p>SINUS</p> <p>DiabCare</p> <p>Higia</p>	<p>SAM</p> <p>Alert P1</p> <p>SINUS</p> <p>DiabCare</p> <p>SAPE</p>
<p>Recursos Humanos</p>	<p>Recursos Humanos</p>
<p>Recursos Informáticos</p>	<p>Recursos Informáticos</p>

Tabela I – Comparação dos recursos (Humanos e Informáticos) existentes em cada US.

	CSSJ	UCSPAF
Nº de Utentes	20.045	5626
Utentes/Médico	2005	1407

Tabela II – Número de Utentes e Relação Utentes/Médico.

Em relação ao modo de funcionamento e ao tipo de serviços prestados, as duas US são muito semelhantes (Tabela III), no entanto a UCSPAF tem Serviço de Atendimento Permanente (SAP) disponível 24h por dia, para além do Serviço de Ambulatório aberto das 8h às 20h de 2ª feira à 6ª feira. A Consulta Programada da UCSPAF inclui outras especialidades, tais como Saúde Pública, Nutrição, Medicina Dentária, entre outras.

CSSJ		UCSPAF
2ª a 6ª feira das 8h às 20h	Horário de Funcionamento	Serviço de Ambulatório: 2ª a 6ª feira das 8h às 20h; Serviço de Atendimento Permanente (SAP)/Consulta Aberta: Diariamente 24h
Adultos Vigilância a grupos de risco (hipertensos e diabéticos); Vigilância a grupos vulneráveis (saúde infantil, saúde materna, planeamento familiar e vigilância oncológica); Aberta (consulta não programada); Podologia;	Tipos de Consulta	Adultos Vigilância a grupos de risco (hipertensos e diabéticos); Vigilância a grupos vulneráveis (saúde infantil, saúde materna, planeamento familiar e vigilância oncológica); Aberta (consulta não programada); Saúde Pública;

<p>Psicologia; Domiciliária.</p>	<p>Nutrição; Medicina Física e Reabilitação; Medicina Dentária; Podologia; Psicologia; Domiciliária.</p>
<p>Centro Hospitalar do Porto, EPE (Hospital de Santo António, Maternidade Júlio Dinis e Hospital Central especial de crianças Maria Pia); Hospital Magalhães Lemos; Hospital da Prelada; IPO EPE; Hospital Joaquim Urbano; Hospital São João, EPE.</p>	<p>Unidade Hospitalar de Bragança (Centro Hospitalar do Nordeste, EPE)</p>

Referenciação

Tabela III – Comparação entre as US em relação ao horário de funcionamento, tipos de consulta e Hospitais de Referência.

Estudo Demográfico das US

Actualmente o CSSJ presta CSP a uma população de 20045 utentes, dos quais 44,2% são do sexo masculino e 55,8% do sexo feminino, e a UCSPAF tem aproximadamente 5626 utentes inscritos, 47,7% do sexo masculino e 52,3% do sexo feminino.

A análise demográfica das pirâmides etárias das populações das duas US (figuras 1 e 2), permite verificar que a **classe etária predominante** no CSSJ corresponde à idade superior a 75 anos no sexo feminino, e dos 35 - 39 anos no sexo masculino; na UCSPAF predomina a faixa etária, em ambos os sexos, correspondente a idade igual ou superior a 75.

O **Índice de Envelhecimento** é de 128,32% na população do CSSJ e na UCSPAF é de 268,89%; o que permite comprovar o maior envelhecimento da população residente em Alfandega da Fé, apresentando o CSSJ, portanto, maior proporção de população em idade activa (entre os 15 e os 64 anos).

Regista-se, também, uma predominância do sexo feminino entre os utentes inscritos, sendo esta mais evidente no CSSJ, revelando o cálculo da **Relação de Masculinidade** um valor de 79,1% no CSSJ e um valor de 91,1% na UCSPAF.

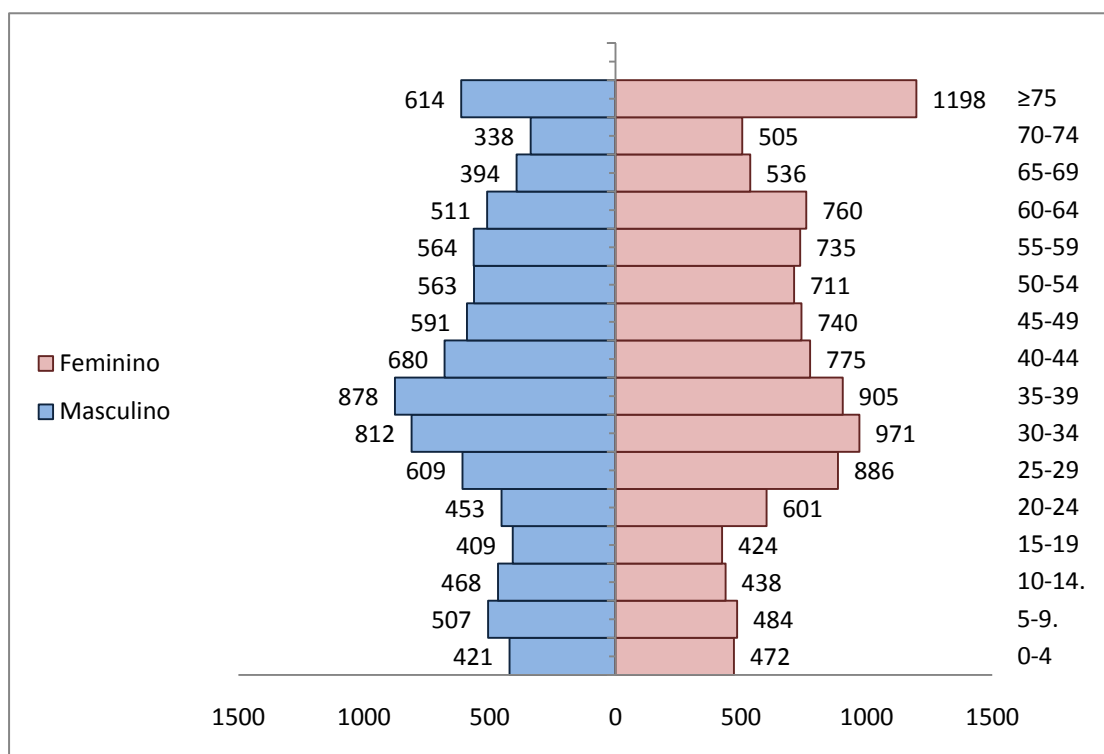


Fig. 1 – Pirâmide Etária dos Utentes do CSSJ.

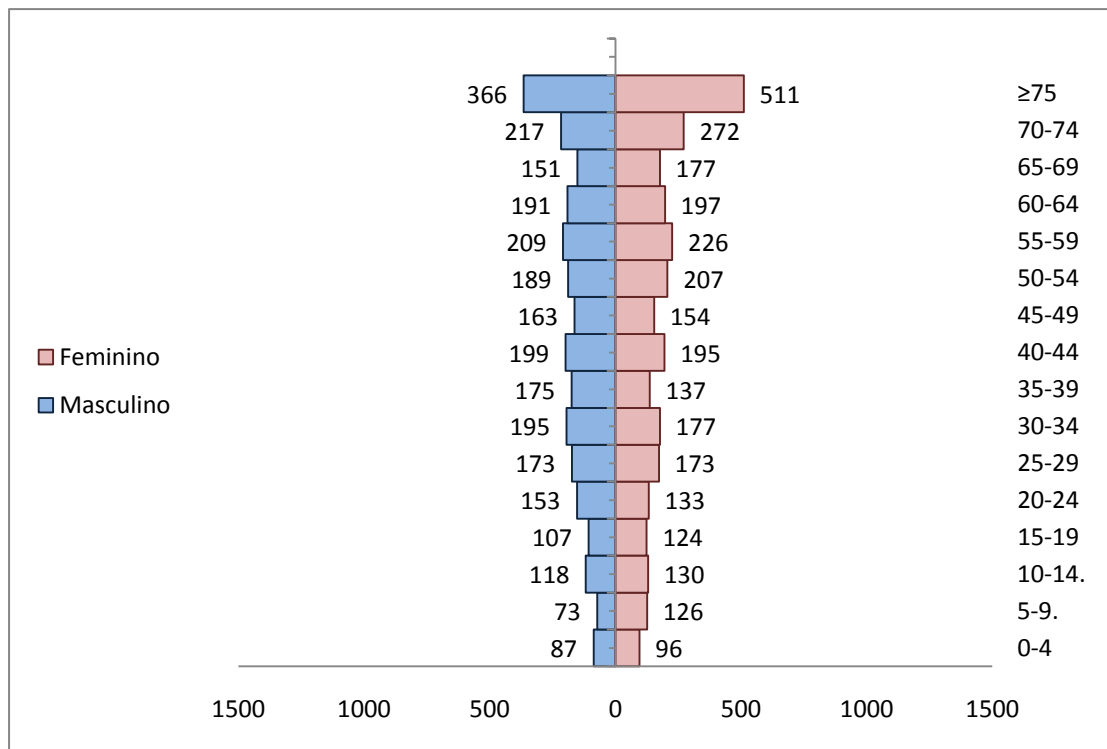


Fig. 2 – Pirâmide Etária dos Utentes da UCSPAF.

DESCRIÇÃO DAS ACTIVIDADES

As actividades de MC tiveram início no dia 27 de Setembro na UCSPAF, sob a orientação da Dr.^a Fátima Carrapatoso, durante duas semanas, terminando a residência em ambiente rural no dia 8 de Outubro de 2010. A residência em ambiente urbano decorreu no período de 11 a 22 de Outubro de 2010, sob a orientação da Dr.^a Graça Veiga. Em ambas as US, as orientadoras revelaram-se indispensáveis para a minha integração no ambiente da MGF e dos CSP, na consulta e na prática de Medicina.

➤ Valência Rural:

- No primeiro dia assisti a um seminário no Departamento de Clínica Geral da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, onde foi abordada a organização da disciplina de MC, as tarefas a realizar pelos alunos, foi entregue um “guião de residência” e recomendada alguma bibliografia;
- Participação na consulta tutelada, em que procedi ao registo de um dia de consulta (ver **Apêndice I**);
- Participação em actividades de enfermagem na US, tais como administração de vacinas e fármacos, pesquisa de glicemias capilares em diabéticos e respectivo registo no “livro do diabético”, e em domicílio;
- Realizei a colheita da história clínica a uma doente Diabética tipo I. Esta entrevista clínica mais detalhada em relação à situação social e familiar da doente permitiu-me compreender melhor a relação médico-doente única do médico de MGF (ver **Apêndice II**);
- Elaborei um fluxograma sobre o algoritmo de decisão sobre a osteoporose (ver **Apêndice III**);

- Visitei um lar de terceira idade de Alfândega da Fé, onde foi possível observar doentes institucionalizados, bem como, o tipo de cuidados médicos que estes necessitam e a forma como são prestados.

➤ **Valência Urbana:**

- Iniciei o estágio com outro seminário, onde foi abordado o papel do médico de MGF, os CSP e os principais rastreios aprovados em Portugal;

- Participei nas consultas, sob tutela, tendo registado um dia de consulta (ver **Apêndice IV**);

- Participei em actividades de enfermagem, tal como no MR;

- Realizei uma reflexão sobre a problemática da adolescência e o papel do MGF (ver **Apêndice V**);

- Elaborei um panfleto sobre Osteoporose (ver **Apêndice VI**);

➤ **ESTUDO COMPLEMENTAR - OSTEOPOROSE:**

Durante o estágio em Medicina Comunitária realizei um estudo complementar sobre Osteoporose.

Neste âmbito, efectuei uma pesquisa bibliográfica sobre a temática com o objectivo de contextualizar o meu trabalho e de obter suporte científico para todos os itens abordados. Posteriormente, foi aplicado um questionário às utentes do sexo feminino com idade igual ou superior a 50 anos das duas US, relativamente aos factores de risco, prevenção e conhecimentos sobre Osteoporose. Foi utilizada uma amostra de conveniência e a análise de dados foi realizada recorrendo ao programa Statistical Package for the Social Scienses (SPSS).

A discussão dos resultados foi baseada na comparação entres os resultados obtidos no meu trabalho e os dados recolhidos na pesquisa bibliográfica efectuada. Deste modo, verifiquei que a maioria dos resultados foi concordante com os estudos que constam na referida pesquisa.

O estudo completo encontra-se disponível no **Apêndice VII**.

CONCLUSÃO

A Medicina Geral e Familiar (MGF) tem como características a prestação de cuidados centrados na pessoa, a competência técnica de resolução de problemas, acessibilidade com satisfação dos cidadãos e profissionais.

“O principal compromisso é com a pessoa, com o ser humano. O médico de família não é especialista num órgão, num aparelho ou sistema, é especialista na pessoa. Vê a pessoa como um todo, como um ser que vive e se relaciona em sociedade” (6).

Com o estágio em MC tive a possibilidade única de contactar com a realidade da MGF, de extrema importância pela diferente abordagem que permite na prestação de cuidados de saúde.

De facto, estas semanas permitiram reconhecer que a acção dos MF não se resume à resolução de doenças, mas sim a uma intervenção mais alargada baseada numa relação de proximidade entre o médico e a pessoa em todas as suas dimensões, e não unicamente médico-doente.

Foi possível verificar a importância dos CSP no SNS e o modo como se estabelece a sua articulação com os Cuidados Secundários.

Assim, o balanço deste estágio é bastante positivo, uma vez que foi muito enriquecedor para a minha formação pessoal e profissional. Além de ter desenvolvido capacidades clínicas essenciais para observar e examinar doentes, de ter podido trabalhar em equipa e ganhar autonomia, este estágio permitiu-me desenvolver competências humanas vitais para o exercício da medicina.

Todos os objectivos propostos foram atingidos.

BIBLIOGRAFIA

1. WONCA/OMS. *The Role of the General Practitioner/Family Physician in Health Care Systems: A statement from WONCA*. [Online].1991 [citado em 2010 Abr 15]; [7 páginas].
Disponível em: URL: http://www.globalfamilydoctor.com/publications/Role_GP.pdf.
2. McWhiney IR. *Manual de Medicina Familiar*. Lisboa: Inforsalus; 1994.
3. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyman J, Svab I, Ram P, Evans P. et al. *A Definição Europeia de Medicina Geral e Familiar – WONCA Europa 2002*.
4. Hespanhol A, Malheiro A, Pinto AS. *O Projecto “Tubo de Ensaio”. Breve História do Centro de Saúde S. João*. Rev Port Clin Geral 2002; 18:171-86.
5. Hespanhol A, Pinto AS. *Cinco Anos do Centro de Saúde S. João, “Tubo de Ensaio”*. Arquivos de Medicina 2005; 19 (3): 103-11.
6. MGFamiliar.net – editorialblog.

APÊNDICES

Índice

	Páginas
Apêndice I – Registo de um dia de Consultas na UCSPAF	II
Apêndice II – História Clínica.....	V
Apêndice III – Algoritmo de decisão sobre Osteoporose.....	XXI
Apêndice IV - Registo de um dia de Consultas no CSSJ	XXIII
Apêndice V – Reflexão: A Problemática da Adolescência no contexto da Medicina Geral e Familiar	XXVI
Apêndice VI – Panfleto sobre Osteoporose.....	XXXI
Apêndice VII – Estudo Complementar	XXXIII
Apêndice VIII – Questionário sobre Osteoporose.....	XL VII

APÊNDICE I - Registo de Consulta na Unidade de Saúde Rural

(UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE PERSONALIZADOS DE ALFÂNDEGA DA FÉ)

-- Saúde do Adulto --

DATA	INICIAIS	IDADE (ANOS)/ GÉNERO	MOTIVOS CONSULTA	PROBLEMAS/ DIAGNÓSTICOS	PLANO/ORIENTAÇÃO/ REFERENCIAÇÃO	RETORNO
30/09/2010	MAF	74/ ♀	Medicina Preventiva de Acompanhamento; Vigilância da HTA; Pedido de medicação.	HTA; Dislipidemia	Manutenção do plano terapêutico actual: Sinvastatina 20mg; Tandix®	
30/09/2010	LCDA	18/ ♂	Obstrução nasal; Rinorreia	Rinite alérgica	Prescrição de Zyrtec®; Lepicortinole®	
30/09/2010	MEAG	58/ ♀	Medicina Preventiva de Acompanhamento; Vigilância de HTA; Micose unha do pé.	HTA; Artrose do joelho; História de Carcinoma Basocelular removido	Prescrição de Viartril-S®; Diflucan®; Locetar® verniz; Tandix®	
30/09/2010	MCPRM	52/ ♀	Medicina Preventiva de Acompanhamento; Vigilância de nódulo da tiróide	Osteoporose; Ansiedade; Anemia ferropénica; Nódulo da tiróide - realizou ecografia que demonstrou: “volumoso nódulo sólido com áreas de necrobiose que ocupa o lobo esquerdo e istmo, cerca de 38x30mm, sem imagens de adenopatias nas cadeias jugulo-carotídeas.”	Recomenda-se vigilância anualmente. Manutenção do plano terapêutico actual: Densical®; Fosavance®; Omeprazol; Peuxen®; sedoxil®; Folifer®	

30/09/2010	BJN	81/♀	Medicina Preventiva de Acompanhamento.	História de gastrectomia há 7 anos; Colecistectomia há 20 anos; Avaliação de estudo analítico prescrito anteriormente. TA=155/73mmHg; FC=50bpm.	Prescrição de vacina para a gripe; Manutenção do plano terapêutico: Maltofer®; Inibace Plus®; Alprazolam Mylan; Continua vigilância anual	
30/09/2010	ARSR	2/♀	Prurido anal		Prescrição de Zentel®	
30/09/2010	CCSR	38/♀	Queixas álgicas no calcanhar	Possível decalcificação? Esporão no calcanhar ?	Prescrição de Calcitab D®	
30/09/2010	MISSF	50/♀	Artralgias na mão direita e na articulação do ombro		Prescrição de estudo analítico para despiste de Artrite Reumatóide	
30/09/2010	MAE	60/♀	Hemorroides; Consulta de Planeamento Familiar/Saúde na Mulher (realização de citologia cervical)	Asma; Lombalgia	Prescrição de Anocal pomada rectal	
30/09/2010	AMC	86/♂	Presença de sangue nas fezes	Artropatia gotosa; Hérnia de hiato; Diagnosticada Úlcera duodenal sangrante desde 2005; Realizou ecografia renal que demonstrou: “quistos corticais à esquerda com 44 e 35 mm, sem sinais de uropatia obstructiva nem litíase.” No estudo analítico foi possível identificar anemia, os valores de ureia e creatinina aumentados.	Pedido novo estudo analítico; pesquisa de sangue oculto nas fezes para posterior avaliação. Manutenção do plano terapêutico: Zyloric®; Colchicina; Indocid®; Hytacand®; Proton®; Legofer®.	
30/09/2010	MCSAC	57/♀	Consulta de Planeamento Familiar/Saúde da Mulher	Ansiedade; Ooforectomia esquerda por cistoadenoma mucinoso do	Pedido de realização de ecografia endovaginal e estudo analítico.	Ginecologia (Mirandela)

				ovário, com 5 cm; Realizada citologia cervical; TA=152/93 mmHg; FC=81bpm.		
30/09/2010	MLLM	50/♀	Medicina Preventiva de Acompanhamento; Pedido de Medicação.	Seguida na consulta de Neurologia em Mirandela por tremor ortostático de predomínio do membro inferior esquerdo; Hérnias discais; Dislipidemia	Pede-se a realização de análises clínicas. Manutenção do plano terapêutico: Reuxen®; Medipex®; Keppra®.	Ortopedia (Mirandela)

APÊNDICE II

História Clínica

Valência Rural

Medicina Comunitária
Prof. Dr. Alberto Hespanhol
2010/2011



Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Alfândega da Fé

Dr.^a Fátima Carrapatoso

Data e Local de recolha da informação

A informação foi colhida no dia 29 de Setembro de 2010, na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Alfândega da Fé.

Fonte e Fiabilidade da Informação

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

Identificação

Nome: Margarida M. A. S.

Sexo: Feminino

Idade: 48 anos

Raça: Caucasiana

Naturalidade: Gebelim – Alfândega da Fé

Residência: Alfândega da Fé

Estado Civil: Casada

Profissão: Auxiliar de acção médica do Hospital de Macedo de Cavaleiros

Religião: Católica

Escolaridade: 9º ano escolaridade

Dados Biológicos de Base

Peso: 64 kg

Altura: 1,56 m

IMC: 26,3 Kg/m²

Antecedentes Pessoais

Doenças da infância:

- Desconhece possíveis doenças de infância

Doenças prévias:

- Diabetes mellitus (DM) tipo I diagnosticada em 1980, controlada por insulinoaterapia.
- Em 2009 realizou endoscopia digestiva alta (EDA) que detectou um pólipó sésil no corpo do estômago com cerca de 3mm, tendo sido posteriormente removido por EDA.
- Nega Hipertensão Arterial (HTA), dislipidemia ou outras doenças.

Cirurgias e Internamentos:

- Apendicectomia com 27 anos de idade;
- Cesariana dos dois filhos e laqueação tubar há 13 anos;

Acidentes e traumatismos:

- Nega acidentes ou traumatismos.

Alergias e Transfusões:

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

História Ginecológica e Obstétrica

Menarca aos 15 anos com interlúnios regulares e cataménios de cerca de 5 dias, com fluxo dentro da normalidade.

Coitarca aos 19 anos.

Sem história de doenças sexualmente transmissíveis.

G2P2002, sem história de abortamentos ou gravidez ectópica. Partos distócicos por cesariana no Hospital de Macedo de Cavaleiros. Os partos e puerpérios ocorreram sem intercorrências.

Realizou laqueação tubar aos 34 anos.

Hábitos e Estilos de Vida

Alimentação:

Normalmente faz 6 refeições diárias: pequeno-almoço, lanche ao meio da manhã, almoço, dois lanches e jantar. Refere ter bastante cuidado com a alimentação, consome mais peixe do que carne e bastantes legumes. Refere fazer restrição salina e consumir cerca de 2L de água por dia.

Tabaco / café / álcool / drogas:

Nega o consumo de qualquer um destes.

Viagens:

Viaja pontualmente para a Suíça, uma vez que o marido exerce a sua profissão como construtor civil na Suíça.

Nega outras viagens distantes da sua área de residência.

Vacinação:

Plano nacional de vacinação actualizado. Vacina do tétano administrada em 2007.

Actividade física:

Nega qualquer tipo de actividade física.

Medicação habitual:

Insulina – 22 unidades de manhã e 14 unidades à noite.

Nibass ® 1mg - 1x dia (???)

Rotina diária:

Acorda às 7h da manhã, levanta-se, toma o pequeno-almoço e vai para o Hospital de Macedo de Cavaleiros trabalhar. O horário de trabalho é por norma das 9h às 17h.

Almoça às 13h30min no refeitório do Hospital e janta por volta das 20h em casa. Nos períodos livres gosta de ver telenovelas e ocupa-se com a lida da casa.

Deita-se por volta das 23h30min.

História Social e Profissional

Escolaridade: 9º ano.

Religião: Católica.

Estado civil: Casada.

Profissão:

Trabalha desde os 29 anos como auxiliar de acção médica, actualmente no Hospital de Macedo de Cavaleiros.

Habitação:

A doente vive em casa própria com luz, água canalizada, saneamento básico e aquecimento localizado.

Estrutura familiar:

O agregado familiar é constituído pela própria, o marido e filha mais nova. No entanto, actualmente, a doente vive sozinha durante a semana, uma vez que a filha estuda num colégio particular em Bragança e o marido trabalha há 3 anos na Suíça como construtor civil.

Nível sócio-económico:

A doente tem vencimento mensal fixo. Para o agregado contribui ainda o marido, com vencimento mensal variável.

❖ Escala de Graffar

Este método baseia-se no estudo, não apenas de uma característica social da família, mas num conjunto de cinco critérios. Permite avaliar de forma global a situação socioeconómica da família. Inclui cinco classes, sendo que a classe I expressa um nível social alto e a classe V um nível social baixo, com necessidade de apoio social.

Critérios	Pontuação
1 – Profissão Auxiliar acção médica	3
2 – Nível de Instrução Ensino médio ou técnico inferior (9 anos)	3
3 – Fontes de rendimento familiar Vencimento mensal fixo	3
4 – Conforto de alojamento Moradia espaçosa e confortável	2
5 – Aspecto do bairro habitado Bom local	2
TOTAL	13

De acordo com a soma obtida,
classifica-se esta família como
Classe II de Graffar.

Antecedentes Familiares

Pai – António, 83 anos, história de HTA desde há 15 anos e Diabetes mellitus tipo 2 diagnosticada há 5 anos.

Mãe – Leopoldina, 80 anos, história de patologia osteoarticular degenerativa.

Irmãos – 7 irmãos. O mais velho, Henrique, faleceu com 4 anos de idade por broncopneumonia (sic). A Conceição tem 59 anos, é saudável. O Amândio, 57 anos, tem história de Diabetes mellitus tipo I desde os 28 anos de idade. O Manuel e o António, de 53 e 51 anos, respectivamente, são saudáveis. A Alice suicidou-se com 37 anos, padecia de patologia depressiva e tinha diabetes mellitus tipo I. O irmão mais novo, Fernando com 45 anos, tem diabetes mellitus tipo I desde os 28 anos.

Conjuge – José, 53 anos, construtor civil, HTA diagnosticada há 3 anos, medicada e controlada.

Filhos – Tem 2 filhos. O Luís com 26 anos, é militar, e a Inês com 13 anos, está a frequentar o 8ºano de escolaridade. São saudáveis.

Netos – tem 1 neto, o João, com 2 meses de idade, filho do Luís.

Biopatografia – Linha de Vida de Medalie

Biografia	Data	Patografia
Nascimento em Alfândega da Fé	1962	
Entrou para a escola; vivia com os pais e irmãos	1967	
	1979	Diagnóstico de DM tipo I
Casamento com José	1983	
Nascimento do 1º Filho, Luís	1984	
	1989	Apendicectomia
Começou a trabalhar no Centro de Saúde de Alfândega da Fé	1991	
Nascimento da 2ª Filha, Inês	1997	
Irmã, Alice, suicidou-se	1997	
Foi trabalhar para o Hospital de Macedo de Cavaleiros	2007	
O marido foi trabalhar para a Suíça como construtor civil	2007	
Casamento de filho mais velho	2008	
	2009	Polipectomia
Nascimento do neto, João	2010	

Margarida nasceu em 1962, em Gebelim, em casa, não tendo havido complicações com o parto.

Morava com os pais e irmãos. A mãe era doméstica e o pai agricultor, tinham uma vida modesta apesar de nunca terem passado dificuldades.

Frequentou a escola em Alfândega da Fé até ao 9ºano de escolaridade.

Desistiu de estudar e começou a ajudar os pais na agricultura.

Aos 17 anos de idade, Margarida iniciou um quadro de polidipsia, poliúria com um mês de evolução, tendo-lhe sido diagnosticada DM tipo I. A mãe encaminhou-a logo ao médico uma vez que a irmã mais velha, Alice, já tinha o diagnóstico de DM tipo I desde os 14 anos. Desde então sempre lidou bem com a sua doença.

Em 1981, foi também diagnosticada DM tipo I ao irmão Amândio.

Margarida casou-se com José em 1983 e tiveram o primeiro filho, Luís, em 1984. Margarida tinha 22 anos de idade. O marido José é também de Alfândega da Fé e era funcionário de uma empresa de construção civil.

Foram viver para Alfândega da Fé, na casa em que vive actualmente.

No ano de 1991 começou a trabalhar no Centro de Saúde de Alfândega da Fé como auxiliar de acção médica.

O irmão Fernando recebeu o diagnóstico de DM tipo I em 1993.

Engravidou novamente aos 34 anos, tendo tido a segunda filha, Inês. Logo após o nascimento da filha, recebeu a notícia que a sua irmã Alice se tinha suicidado. Margarida afirma que a irmã sofria de patologia depressiva e que nunca se tinha conformado com o diagnóstico de DM.

Mais tarde, em 2002, o filho, Luís, decidiu ingressar na carreira militar quando tinha 18 anos.

No ano de 2007, vários acontecimentos ocorreram na vida de Margarida: o marido foi trabalhar para a Suíça como construtor civil e Margarida deixou o CS de Alfândega e foi trabalhar para o Hospital de Macedo de Cavaleiros, como auxiliar de acção médica. Desde então, o marido só vem a Portugal três vezes por ano mas Margarida vai pontualmente visitá-lo à Suíça.

O filho mais velho casou-se em 2008 e Margarida já teve o primeiro neto que nasceu há dois meses.

Entretanto, a filha Inês estuda durante a semana num colégio particular interno em Bragança e só está com ela ao fim de semana.

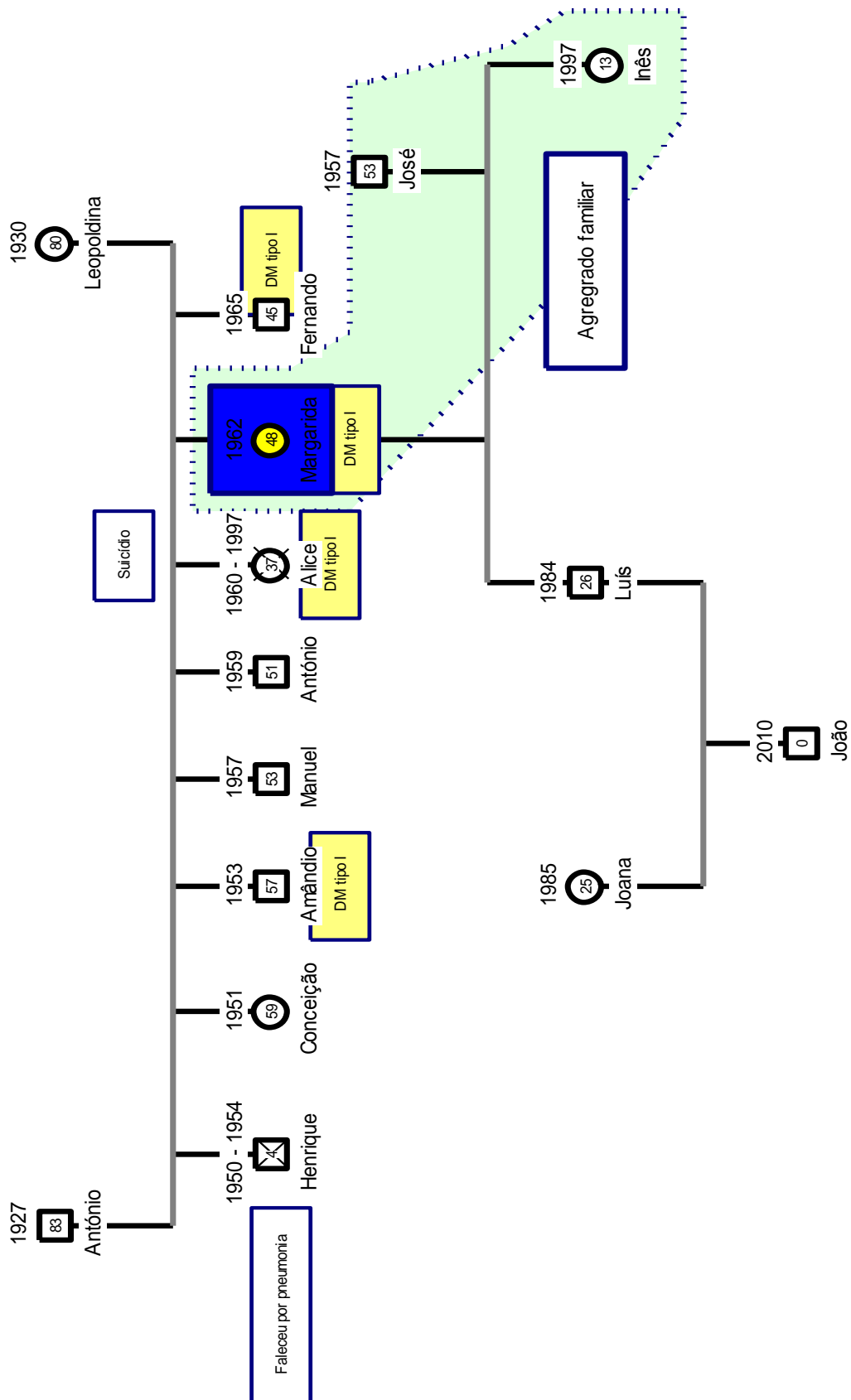
Apesar de passar muito tempo sozinha, Margarida diz ser uma pessoa feliz e que recebe muito apoio de todos que a rodeiam.

Relações Sociais:

Mantém boas relações com os seus vizinhos e amigos de trabalho. Realçou uma amiga de trabalho de longa data, que a ajuda muito e que lhe faz muita companhia.

Avaliação da Componente Familiar e da sua Interação com o Indivíduo

❖ Genograma



❖ Psicofigura de Mitchel

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



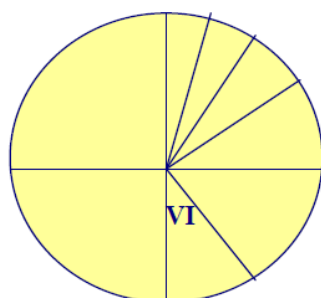
doente afirma ter uma boa relação com todos os elementos, mas na sua opinião encontra-se mais próxima da sua filha, Inês.

Apesar de não viver com a mãe, o Luís foi considerado uma vez que Margarida o considera membro da sua casa, do mesmo modo que Inês.

❖ Ciclo de Vida de Duvall

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

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



O agregado familiar de Margarida encontra-se no estágio VI – Saída do primeiro filho de casa até ao último.

❖ Apgar Familiar de Smylstein

Este instrumento avalia a forma como o indivíduo sente a sua posição dentro da família, num dado momento da vida, avaliando a família como funcional ou disfuncional.

Apgar	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.	X		
Estou satisfeito com a forma como a minha família discute os assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.		X	
Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida.		X	
Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.		X	
Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.			X

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

Neste caso, o Apgar familiar foi de 5 pontos, o que corresponde a uma família com algum grau de disfunção.

A utente está satisfeita, no global, com a sua família e tudo o que a envolve. Adopta apenas uma posição não tão satisfeita em relação ao tempo que passa com a sua família, uma vez que se encontra sozinha durante a semana.

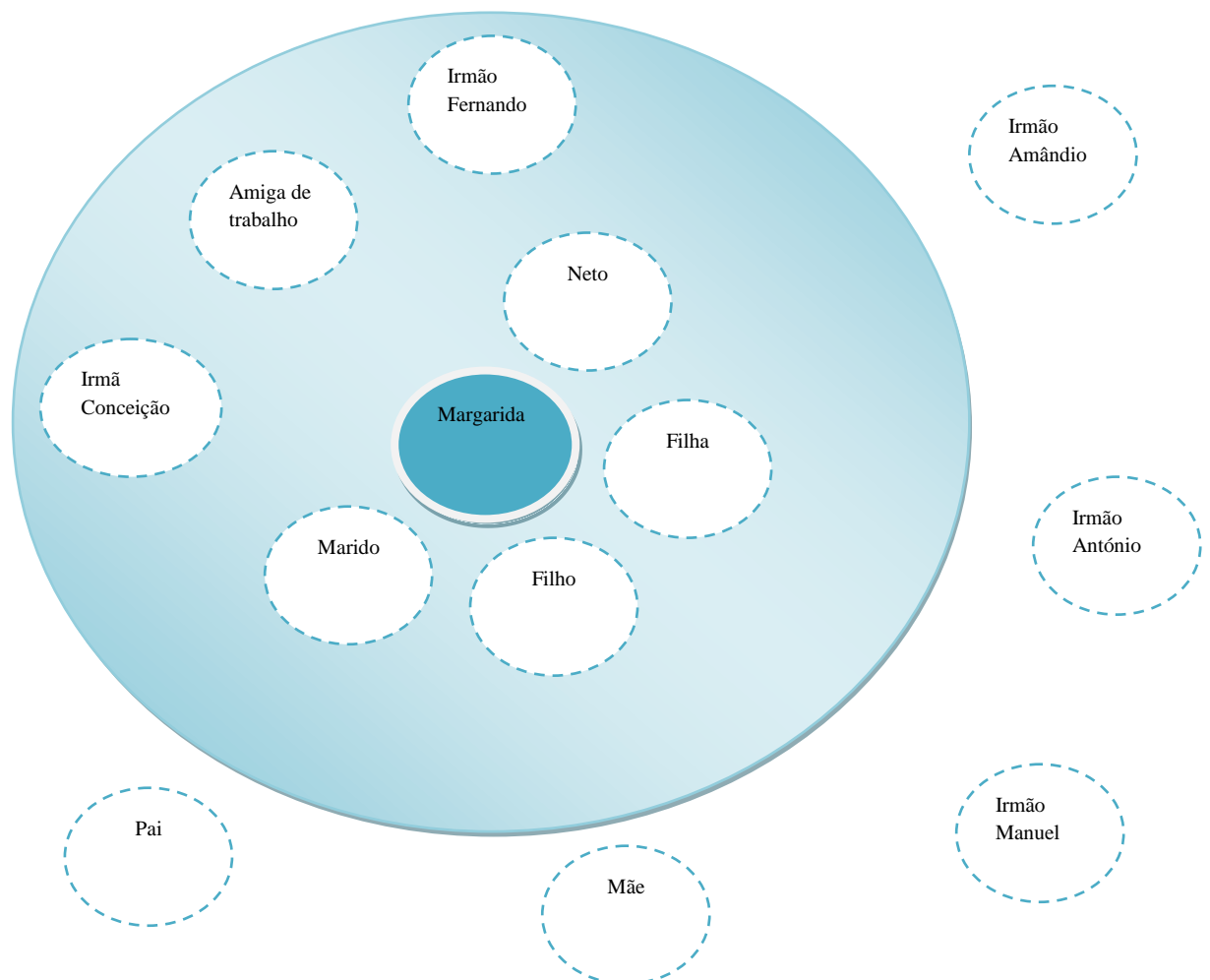
❖ Dinâmica familiar de Minuchin:

Como avaliação do elo emocional e do apoio que os elementos do agregado familiar dão entre si, pode-se considerar que esta é uma família do tipo funcional.

❖ Círculo Familiar de Thrower

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

Para obter esta informação desenhei um círculo grande e pedi à doente para o imaginar como representativo da sua família e para desenhar outros círculos que representem os diferentes membros da família ou outras pessoas que lhe sejam próximas



Ao verificar esta disposição, pode-se constatar que a doente se enquadra no centro da família, colocando de forma igualmente próxima os seus dois filhos, o marido e o recente neto.

Coloca aproximadamente à mesma distância os seus dois irmãos, Conceição e Fernando, ambos seus vizinhos, bem como os seus pais. Dá especial relevo à sua amiga de trabalho, com quem passa muito tempo e que a apoia durante a semana quando está mais sozinha.

Os restantes irmãos estão mais distantes, vivem em Lisboa, mas ainda com importância na sua vida.

Após ter feito o desenho, quando a questioneei sobre a representação que fez da sua família, Margarida respondeu que apesar de estar sozinha a maior parte da semana que recebe muito apoio de todas as pessoas aqui representadas.

Folha de Consulta (29/09/2010)

Motivo de Consulta

Consulta do diabético

História da Doença Actual

Doente, sexo feminino, 48 anos, com antecedentes de DM tipo I diagnosticada há 30 anos e controlada com insulino-terapia, vem à consulta do Diabético.

A doente não apresenta qualquer queixa, nomeadamente visuais ou urinárias. Nega HTA, dislipidemia ou outras doenças. Faz pesquisa de glicemia capilar em casa e afirma estarem dentro dos valores normais. Faz refeições de aproximadamente 2 em 2 horas e tem muito cuidado com a alimentação.

É seguida na consulta de Oftalmologia e Nefrologia para prevenção de complicações secundárias à DM.

Avaliação pelo método SOAP

Subjectivo:

Margarida recorreu à consulta do diabético para vigilância da DM. Não apresenta queixas “de novo”.

Objectivo:

Estado Geral:

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

Apresentava boa cooperação para o exame.

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

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

Sem deformações aparentes.

Sem sinais de sofrimento agudo ou de doente crónico.

Dados antropométricos: Altura = 1,56m Peso = 64kg I.M.C. = 26,3Kg/m²

Sinais vitais

Pr.: 69 batimentos/minuto, rítmico, amplo, sustentado e simétrico.

P.A.: 128/78 mmHg (MSE; posição sentada)

F.R.: 15 ciclos/minuto, regular

T.ax.: 36,3° C

Auscultação Cardíaca

S1 e S2 presentes e rítmicos.

Sem sopros audíveis.

Auscultação Pulmonar

Murmúrio vesicular presente e simétrico em ambos os campos pulmonares.

Sem ruídos adventícios.

Normal relação Inspiração/Expiração.

Abdómen

Mole e depressível, indolor à palpação superficial e profunda, sem defesa e sem rigidez. Ruidos hidroaéreos presentes.

Membros superiores e inferiores

Sem deformidades ou posições viciosas. Mobilidade activa e passiva preservadas. Sem alterações da força muscular e ausência de edemas. Ausência de alterações da circulação venosa ou arterial.

Na observação dos pés da doente, foi possível constatar que não apresenta fissuras, calosidades ou úlceras. Tem os espaços interdigitais íntegros e ausência de micoses. Sensibilidades sensitiva e vibratória preservadas e simétricas.

Pulsos tibial posterior e pedioso presentes bilateralmente.

Exames auxiliares de diagnóstico

Glicemia capilar: 272 mg/dL (cerca de 2 horas após o pequeno-almoço)

HbA1c: 7,5%

Avaliação (diagnósticos)

Diabetes Mellitus tipo I.

Plano

Mantém mesmo esquema de insulina.

Incentivo à continuação de pesquisa de glicemia capilar no domicílio

Aconselhamento alimentar: introdução da sopa na deita antes das refeições, evitar o consumo de pão a acompanhar as refeições principais, etc.

Incentivo ao aumento da actividade física com realização de caminhadas.

Esta consulta incidiu especialmente nas recomendações para o pé diabético, como observá-lo com cuidado diariamente, ter atenção ao calçado adequado, limar as unhas e não cortá-las, etc.

Lista de Problemas

DM tipo I

Excesso de peso

Falta de exercício físico

Obstipação

Cefaleias esporádicas

Médico de família: Dr.^a Fátima Carrapatoso

Comentário Final

Margarida, 48 anos de idade, natural e residente em Alfândega da Fé, casada, auxiliar de acção médica, com história de DM tipo I com 30 anos de evolução.

A colheita da história decorreu em ambiente calmo e com privacidade, encontrando-se apenas a doente na sala.

Margarida nunca revelou nenhuma tristeza ou revolta em relação ao facto de ser diabética desde muito cedo e diz que sempre lidou bem com a sua doença.

A doente considera-se feliz de uma forma global, apesar de referir sentir-se sozinha durante a maior parte do tempo. Gosta muito do seu trabalho, o que é muito gratificante. Adora quando chega o fim-de-semana, a sua filha vai a casa todos os fins-de-semana e normalmente recebe o seu filho, nora e neto para almoçar ao domingo.

Manifesta alguma tristeza pela baixa frequência com que vê marido, mas “que é uma festa” (sic) sempre que ele vem a Portugal ou ela vai à Suíça.

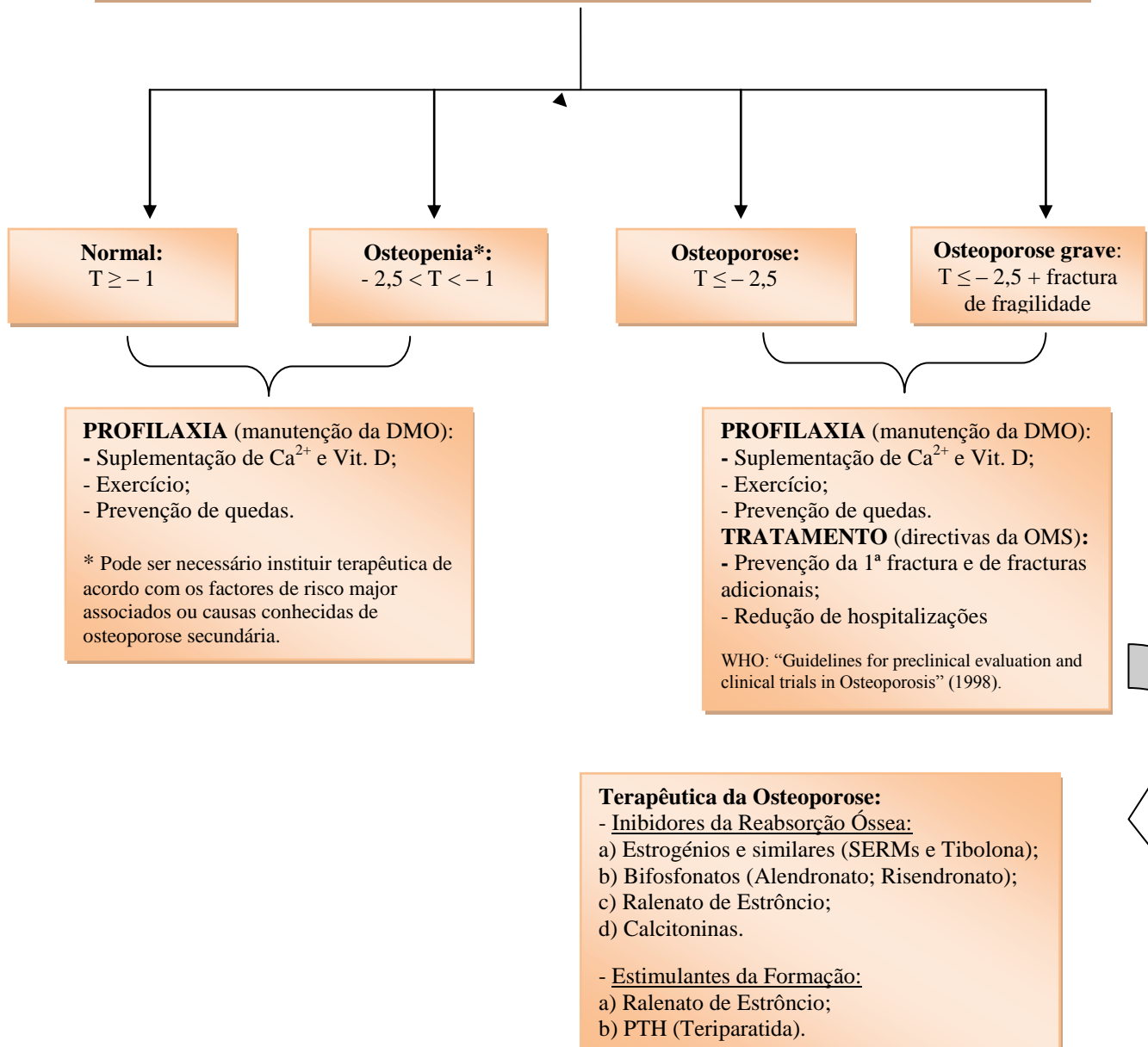
O seu agregado familiar, constituído por si, pelo marido e pela filha é segundo o Apgar Familiar moderadamente disfuncional, mas a doente considera que tem um bom ambiente familiar.

APÊNDICE III - Algoritmo de Decisão Sobre a Osteoporose

Indicações para a realização de Densitometria (DEXA)¹:

- a) mulheres com idade superior a 65 anos e homens com idade superior a 70 anos;
- b) mulheres pos-menopáusicas com idade inferior a 65 anos e homens com idade superior a 50 anos se apresentarem 1 factor de risco *major* ou 2 *minor* (ver página seguinte);
- c) mulheres pré-menopáusicas e homens com idade inferior a 50 anos apenas se existirem causas conhecidas de osteoporose secundária ou factores de risco *major*.

Definição operativa de osteoporose^a, da Organização Mundial de Saúde (OMS), baseada nos valores da densidade mineral óssea (DMO) avaliados por DEXA:



^aClassificação da OMS baseada no índice T ("T-score"). O Índice T indica o número de desvios padrão acima ou abaixo da média de densidade de massa óssea do adulto jovem.

Recomendações para repetição de DEXA¹:

- a) indivíduos com mais de 65 anos, com primeira densitometria normal, não é necessária a repetição do exame;
- b) mulheres perimenopáusicas, com um valor normal, numa primeira densitometria criteriosamente solicitada, devem repetir o exame só depois dos 65anos;
- c) doentes osteoporóticos sob terapêutica, a repetição não deve ser feita antes de 18 a 24 meses de tratamento bem instituído, podendo ser repetida após mais 2 anos. Exceções a esta recomendação poderão ser, uma terapêutica com doses elevadas de corticosteróides, utilização de agonistas GnRH e ooforectomia;
- d) no caso de uma primeira densitometria ter revelado osteopenia, a decisão de requisitar uma nova DEXA deve ser individual, dependendo da idade do doente e do índice T, mas só deverá ser repetida depois de 3-5 anos.

Factores de Risco *major* para Osteoporose¹:

- a) idade superior a 65 anos;
- b) fractura vertebral prévia;
- c) fractura de fragilidade depois dos 40 anos;
- d) história de fractura da anca num dos progenitores;
- e) terapêutica corticóide sistémica com mais de 3 meses de duração;
- f) menopausa precoce (<40 anos);
- g) hipogonadismo;
- h) hiperparatiroidismo primário;
- i) propensão aumentada para quedas.

Factores de Risco *minor* para Osteoporose¹:

- a) artrite reumatóide;
- b) história de hipertiroidismo clínico;
- c) terapêutica crónica com anti-epilépticos;
- d) baixo aporte de cálcio na dieta;
- e) tabagismo;
- f) consumo excessivo de cafeína (>2 chávenas por dia);
- g) consumo excessivo de bebidas alcoólicas;
- h) índice de massa corporal menor do que 19 kg/m²;
- i) perda de peso superior a 10% relativamente ao peso do indivíduo aos 25 anos;
- j) terapêutica crónica com heparina;
- k) imobilização prolongada.

Bibliografia:

¹ Circular Informativa da Direcção Geral de Saúde n.º: 12/DSCS/DPCD/DSQC; Assunto: Orientação Técnica para a utilização da absorciometria radiológica de dupla energia (DEXA); Data: 01/04/08.

Carpenter, C.J; Griggs, R. C; Loscalzo, J.; et al; *Cecil Medicina Interna Básica*; 6ª edição; Elsevier; 2005.

Kasper; Braunwald; Fauci; Hauser; et al; *Harrison's Principles of Internal Medicine*; 16th ed; McGrawHill; 2006.

APÊNDICE IV - Registo de Consulta na Unidade de Saúde Urbana

(CENTRO DE SAÚDE SÃO JOÃO – PORTO)

DATA	INICIAIS	IDADE (ANOS)/ GÉNERO	MOTIVOS CONSULTA	PROBLEMAS/ DIAGNÓSTICOS	PLANO/ORIENTAÇÃO/ REFERENCIAÇÃO	RETORNO
12/10/2010	ASAV	73/ ♂	Queixas álgicas no antebraço direito de predomínio nocturno; Tonturas depois das refeições; Vigilância da DM.	HTA; DM tipo 2; História de cirurgia à mão por contractura de dupuytren; Antecedentes de tuberculose. TA= 139/78 mmHg; FC=81bpm. Glicemia cap=215mg/dL; HgA1c=10,1%.	Prescrição de EDA; pesquisa de HgA1c; glicemias capilares e níveis de insulina; Metformina; Icandra®; Actos®	
12/10/2010	MAFCM	56/ ♀	Medicina Preventiva de Acompanhamento; Desgaste psicológico por ser cuidadora da mãe que tem patologia demencial; perda de memória.	Rinite alérgica; DM 2; Glaucoma; História de paralisia facial aos 33anos. Infecção activa por <i>ureoplasma ureolyticum</i> . TA=134/78 mmHg; Glicemia=120mg/dL; HgA1c=6,5%.	Prescrição de Azitromicina; Xalatan®; Metformina; Amical®. Pesquisa de HgA1c.	
12/10/2010	AMSDD	37/ ♀	Saúde materna: última consulta antes do parto	Grávida de 38s e 3d. Altura uterina=42cm; Auscultação fetal normal. Pesquisa de <i>Streptococcus</i> grupo B negativa.	Manutenção dos cuidados próprios da gravidez.	
12/10/2010	JCMS	13/ ♀	Corrimento vaginal que a incomoda.	Doente com paralisia cerebral resultante de gravidez gemelar. Acne. Peso=30kg; Altura=1,46m; IMC=14,1Kg/m ²	Pediu-se exame do exsudado vaginal; Prescrição de Epidu®	

12/10/2010	SIMS	13/♀	Sem queixas orgânicas; Dificuldades em integrar-se na escola.	Irmã da doente anterior; Asma; Escoliose. Peso=33Kg; Altura=1,55m; IMC=13,7 kg/m ² . Exame físico sem alterações.	Alertar a mãe para problemas próprios da adolescência.
12/10/2010	SMMAM	35/♀	Toracalgias ocasionais; Dores musculares generalizadas; Cansaço; Síndrome Vertiginoso.	Mãe das doentes anteriores. TA=141/81mmHg; FC=90bpm.	Recomenda-se a realização de actividade física regular, nomeadamente natação.
12/10/2010	JCT	57/♂	Medicina Preventiva de Acompanhamento.	DM tipo 2 com Retinopatia diabética; HTA; Ansiedade; HgA1c=7,0%; glicemia cap=163mg/dL. TA=143/81mmHg.	Manutenção do plano terapêutico actual: Glucobay®; Risidon®; Sinvastatina; Glucovance®; Micardis Plus®; Januvia®; Olcadil®.
12/10/2010	LMVC	27/♀	Saúde materna: Consulta do 2º Trimestre.	Grávida de 21s e 4d. Fez ecografia obstétrica às 20s e 6d: sem alterações. TA=120/60mmHg; Combur teste normal; Exame Físico da grávida sem alterações.	Prescrição de análises do 2ºTrimestre.
12/10/2010	MMMG	37/♀	Consulta de Planeamento Familiar/Saúde da Mulher	Data da última menstruação:06/10/2010; Faz contraceção oral: Harmonet®; Palpação mamária sem alterações; Toque vaginal sem alterações. Realizou citologia cervical.	Prescrição de Harmonet®.
12/10/2010	RSSM	28/♀	Coitorragias	Realizou citologia cervical na consulta anterior por coitorragia, que demonstrou anomalia das células epiteliais – lesão	Referenciada para Consulta de Ginecologia para realização de colposcopia/biopsia.

				<p>intraepitelial de baixo grau e alteração da flora vaginal suspeita de vaginose. Ecografia endovaginal: “prováveis focos de adenomiose na espessura do miométrio, cisto de naboth, pequenos folículos no estroma de ambos os ovários.</p>	<p>Prescrição de Dalacin V® creme vaginal.</p>
12/10/2010	FCCR	40/♀	Medicina Preventiva de Acompanhamento.	<p>Síndrome do Colon Irritável; Perturbações depressivas; Colonoscopia: sem alterações; hemorróides internas congestionadas.</p>	<p>Prescrição de Debudet®; Importal®.</p>

APÊNDICE V

A problemática da Adolescência no contexto da Medicina Geral e Familiar

- Reflexão -

Estudo de um caso na Consulta da Dr.^a Graça Veiga no Centro de Saúde São João.

SIMS, sexo feminino, 13 anos, com história de asma, o que já fez com que a doente tivesse sido internada várias vezes. Recorreu à consulta no dia 12 de Outubro de 2010, com a mãe e irmã gémea que sofre de Paralisia Cerebral.

A doente refere não gostar da escola, manifestando várias dificuldades em integrar-se, e apresenta um baixo rendimento escolar. A mãe diz que a SIMS tem falta de apetite e que se recusa a comer, apresentando neste momento um IMC de 13,7 Kg/m². Para além disto, a doente manifesta irritabilidade fácil e mau humor, que a mãe não compreende.

Introdução

A adolescência é uma etapa do desenvolvimento humano marcada por inúmeras transformações que ocorrem tanto no aspecto físico como psicossocial. As famílias com adolescentes passam por mudanças na sua estrutura e organização, podendo chegar a conflitos intensos que às vezes se tornam crónicos. O profissional de saúde que contacta com adolescentes deve conhecer os vários aspectos da adolescência na sua dinâmica familiar, bem como compreender o papel que desempenhará no acolhimento do adolescente e da sua família. Durante a adolescência, o jovem que vai amadurecendo cria novas tensões no seio da família de modo que a ansiedade está muitas vezes presente.

De acordo com Duvall todas estas transformações físicas e sociais estão relacionadas com o modo como o adolescente se adapta às transformações do seu corpo, com a sua socialização e relacionamento, nomeadamente com o género oposto, e o seu grau de autonomia em relação aos pais. Para poder dar este passo para a autonomia o

adolescente tem que saber lidar com a ansiedade e a frustração de uma forma equilibrada e cumprir aquilo que Erickson chama de tarefas do desenvolvimento:

- ✓ Conhecer-se a si mesmo;
- ✓ Adoptar um papel sexual;
- ✓ Atingir autonomia diante da família;
- ✓ Definir-se vocacionalmente;
- ✓ Atingir relações interpessoais autónomas para consolidar a sua identidade.

Depressão no adolescente

Aproximadamente 20% dos adolescentes com perturbações mentais irão consulta o seu médico família, em vez de procurar tratamento psiquiátrico. O desconforto físico é frequentemente um aspecto intrínseco da ansiedade e da depressão num adolescente, portanto os médicos não se devem restringir ao quadro estereotipado da depressão, mas também, rastrear cuidadosamente todos os adolescentes que apresentam queixas somáticas. Outro desafio é reconhecer os sintomas únicos da depressão nos adolescentes (Quadro I) e diferenciá-los das dificuldades de adaptação. Um adolescente pode apresentar-se intermitentemente mal-humorado ou rebelde, mas sinais como uma tristeza profunda, uma grande ansiedade persistente ou episódios repentinos de mau comportamento merecem uma avaliação mais aprofundada.

QUADRO I

Sintomas de depressão nos adolescentes em comparação com os adultos

Comum a ambos

Humor persistente triste ou irritável
Perda de interesse pelas actividades de que gostava
Alteração significativa no apetite e no peso corporal
Dificuldade em dormir ou hipersonia
Agitação ou atraso psicomotor
Perda de energia
Sentimentos de inutilidade ou culpa inapropriada
Dificuldade de concentração
Pensamentos recorrentes de morte ou suicídio

Mais frequentes ou pronunciados nos adolescentes

Explosões de gritos, queixas, irritabilidade inexplicada ou choro

Falta de interesse em socializar com amigos

Queixas físicas vagas e inespecíficas, tais como cefaleias, mialgias, epigastralgias ou cansaço.

Absentismo ou mau desempenho escolar

Comportamento descuidado

Aborrecimento

Alcoolismo ou toxicodependência

Irritabilidade, agressividade ou hostilidade aumentadas

Medo da morte

Sensibilidade extrema à rejeição ou incapacidade

Isolamento social, falta de comunicação

Dificuldade nos relacionamentos

Falar em esforços para fugir de casa

Fonte: NIMH depression in children and adolescents: a fact sheet for physician. Available at:

<http://www.nimh.nih.gov/publicat/depchildresfact.cfm>. Accessed February 29, 2000

Avaliação do doente com depressão

Após a entrevista familiar, o médico deverá pedir aos pais para saírem e o adolescente deverá ser entrevistado a sós. Deve interrogar o adolescente sobre a família, os amigos, a escola e as actividades extra-curriculares. Inquirir sobre situações de stress actuais, sentimentos em relação à sua aparência, toxicodependência e outras potenciais ameaças para a saúde auto-induzidas. Os adolescentes tendem a ter dificuldade em reconhecer a depressão em si próprios e em descreverem o seu estado de espírito.

Aproximadamente 70% dos adolescentes deprimidos referem ideação suicida, portanto fazer perguntas sobre o suicídio durante uma avaliação não coloca esta ideia na mente do adolescente. Estudos realizados referiram taxas elevadas de depressão nos adolescentes homossexuais e bissexuais, portanto o medico deverá inquirir o adolescente em relação à sua orientação sexual.

Em conclusão, não se deve atribuir o mau humor e a irritabilidade nos adolescentes a oscilações normais da adolescência. Estes sintomas podem indicar depressão, que coloca os adolescentes em alto risco para toxicodependência, infecção HIV e suicídio.

O papel da Medicina Geral e Familiar – O que fazer?

O profissional deve evitar uma postura autoritária e mostrar que está ali para ajudar a família e o adolescente a encontrar a melhor forma de atravessar esta fase da vida. Evitar também assumir o papel de juiz, que está ali para emitir uma sentença, ou o de aliado e/ou defensor de quem parece mais enfraquecido.

Algumas vezes os pais com dificuldade de entender vários aspectos deste processo procuram o profissional de saúde. Quando a família procura ajuda, isto pode significar a confirmação de sua incapacidade de resolver autonomamente as suas próprias dificuldades.

O profissional de saúde deve, então, estar atento ao papel que desempenhará:

- ✓ entender o impacto da adolescência na dinâmica familiar;
- ✓ apoiar os pais para que eles se sintam menos perdidos e menos sozinhos nas suas vivências;
- ✓ ajudar na compreensão dos conflitos na família e no adolescente;
- ✓ estimular a comunicação entre a família e o jovem;
- ✓ valorizar o importante papel das famílias nessa etapa da vida;
- ✓ detectar precocemente quadros psicopatológicos e fazer o devido encaminhamento.

Sugestões para superar este caso

Neste caso em particular, a SIMS para além de toda a problemática da adolescência, tem como agravante o facto de ter uma irmã gémea com Paralisia Cerebral a frequentar o mesmo estabelecimento de ensino e a mesma turma, o que interfere na sua adaptação ao ambiente escolar e socialização com os outros pares. A doente refere, mesmo, que “não gosta da escola e que não tem amigos” (sic). O facto da SIMS fazer a viagem casa – escola na carrinha da Cruz Vermelha, o que a impede de fazer este percurso de forma autónoma, poderá agravar ainda mais esta situação. Na minha opinião, a doente manifesta sinais e sintomas de depressão, necessitando de um acompanhamento mais personalizado por parte do médico e/ou psicólogo e poderá ser benéfico para ela a mudança de escola para adquirir mais autonomia e desenvolver a sua própria identidade.

Bibliografia

Cruz, Therezinha J.; *Adolescente, Família e o Profissional de Saúde*, Revista Oficial do Núcleo de Estudos de Saúde do Adolescente, Vol 4 N°3 – Jul/Ago/Set, 2007.

Duvall, E.M.; *Family Development Philadelphia*: Lippicott, 1971.

Brown, Anne B., *Depressão do Adolescente: subdiagnosticada e subtratada*, Patient Care, Março 2003.

O Clínico Geral do futuro. Aprendizagem e ensino, Edição do Departamento de Clínica Geral, 1990.

Williams, Peter, *Problemas de Família*, Edição do Departamento de Clínica Geral, 1994.

NIMH: *Depression in children and adolescents: a fact sheet for physician*. Available at: <http://www.nimh.nih.gov/publicat/depchildresfact.cfm>. Accessed February 29, 2000

A **Osteoporose** é uma doença que afecta principalmente as Mulheres no período pós-menopausa e caracteriza-se pelo enfraquecimento dos ossos.

Se ...

... é do Sexo Feminino

... fuma

... tem dieta pobre em cálcio

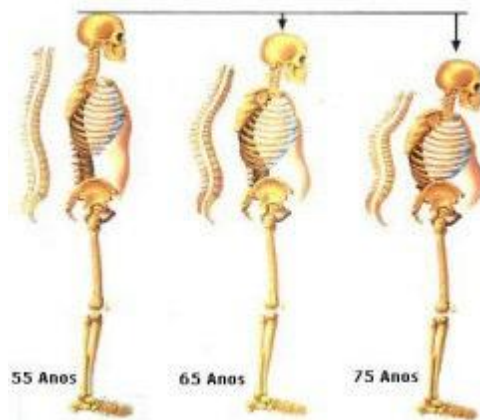
... consome álcool e/ou café em excesso

... tem actividade física inadequada (em excesso ou em falta)

... tem mais de 50 anos

... tem alguém na família com Osteoporose

Tem fortes probabilidades de desenvolver esta doença!!



APÊNDICE VI

Faça Exercício Físico e

Tenha uma Dieta rica em

**Cálcio para evitar o
enfraquecimento dos**

seus ossos!



Consulte já o seu médico e previna-se!

Ana Rita Campos Maia Marques

Turma 3

Medicina Comunitária 6ºano

FMUP FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

OSTEOPOROSE

**1 em cada 3 Mulheres e 1 em cada 5
Homens, acima dos 50 anos, tem
Osteoporose**

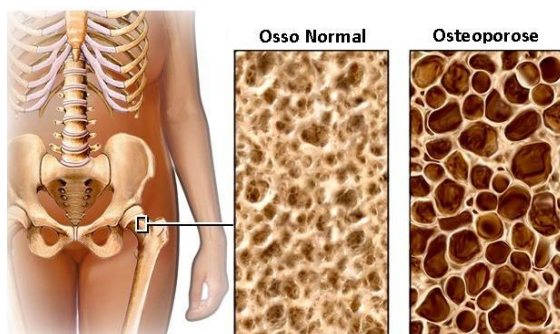


***A Osteoporose
desenvolve-se lentamente
e raramente apresenta
sintomas!!!***

➤ O que é?

É uma doença que torna os ossos mais finos e frágeis, e que por isso facilita o aparecimento de fracturas.

Osteoporose = menos osso



BOAS E MÁS NOTÍCIAS

➤ Más notícias

- As fracturas são mais frequentes nas vértebras, na anca e no punho.
- É uma doença silenciosa, pode fracturar sem saber (por ex. as fracturas vertebrais).



Prevenção: Ter um estilo de vida saudável, com alimentação rica em cálcio e vitamina D e praticando exercício físico regularmente.



Nunca é tarde demais para tratar!!

A osteoporose não é:

- Uma consequência inevitável da velhice (embora seja mais frequente nos idosos).
- A mesma coisa que osteoartrose (ou artrose), doença das articulações (p.ex. joelhos, ancas).

➤ Boas notícias

Nunca é cedo demais para prevenir!!

Mantenha um estilo de vida saudável (alimentação e exercício).

Reduza o risco de queda na sua casa e faça todas as actividades de vida diária de uma forma segura.

Tome a medicação para a osteoporose de acordo com as indicações do seu médico.

APÊNDICE VII - ESTUDO COMPLEMENTAR

Durante o estágio em Medicina Comunitária realizei um estudo complementar sobre Osteoporose.

Neste âmbito, efectuei uma pesquisa bibliográfica sobre a temática com o objectivo de contextualizar o meu trabalho e de obter suporte científico para todos os itens abordados. Posteriormente, foi aplicado um questionário às utentes do sexo feminino com idade igual ou superior a 50 anos das duas US, relativamente aos factores de risco, prevenção e conhecimentos sobre Osteoporose. Foi utilizada uma amostra de conveniência e a análise de dados foi realizada recorrendo ao programa Statistical Package for the Social Scienses (SPSS).

A discussão dos resultados foi baseada na comparação entres os resultados obtidos no meu trabalho e os dados recolhidos na pesquisa bibliográfica efectuada. Deste modo, verifiquei que a maioria dos resultados foi concordante com os estudos que constam na referida pesquisa.

Introdução

A osteoporose (OP) é uma doença esquelética sistémica, que se caracteriza pela diminuição da massa óssea e por uma alteração da qualidade microestrutural do osso, que levam a uma diminuição da resistência óssea e conseqüente aumento do risco de fracturas. Estas fracturas patológicas ocorrem mais frequentemente nas vértebras dorsais e lombares, na extremidade distal do rádio e no fémur proximal (1; 2).

A Organização Mundial de Saúde define osteoporose como tendo o valor da densidade mineral óssea (DMO) avaliada por absorciometria radiológica de dupla energia (DEXA) inferior a -2,5 desvios padrão (DP) em relação à média da DMO de um adulto jovem (“T-score”) e osteopenia se o valor for inferior a -1DP (1; 2).

A osteoporose é uma doença de elevada prevalência nos países ocidentais, nos quais Portugal se insere. Foi possível constatar-se que existem, no nosso país, mais de meio milhão de pessoas, sobretudo mulheres, com osteoporose. (1)

Os maiores determinantes para o aparecimento de osteoporose nas mulheres pós-menopáusicas estão relacionados com a idade, peso e deficiência de estrogénio. (2).

A importância, em termos de saúde pública, desta doença, advém da sua elevada morbimortalidade, relacionada sobretudo com a ocorrência de fracturas osteoporóticas, estimando-se que 40-50% das mulheres e 13% dos homens, com mais de 50 anos, sofram pelo menos uma durante a vida. (1,2)

O número de fracturas do colo do fémur de causa osteoporótica, em Portugal, parece ter estabilizado, nos anos de 2003 a 2006, com a proporção de 3:1 (sexo feminino: sexo masculino). No entanto, em 2006 ocorreram 9523 fracturas do colo do fémur, as quais, para além de consumirem cerca de 52 milhões de euros em cuidados hospitalares, são uma importante causa de morbidade com incapacidade grave e de mortalidade. (1)

Este trabalho tem como objectivo investigar as populações do sexo feminino com idade superior a 50 anos abrangidas pelas US de Alfândega da Fé e São João (Porto), relativamente aos factores de risco, prevenção e conhecimentos sobre a Osteoporose.

Os objectivos deste projecto foram os seguintes:

- ✓ Caracterizar a população abrangida no estudo;
- ✓ Conhecer a percentagem de mulheres com osteoporose na UCSPAF e no CSSJ;
- ✓ Relacionar a presença de osteoporose com a história de fracturas patológicas e com factores que afectam positiva ou negativamente a doença;
- ✓ Investigar os conhecimentos da população inquirida em relação à OP.

Métodos

A **pesquisa bibliográfica** foi realizada com base nos “sites”: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed, www.uptodate.com e www.spreumatologia.pt. Foi utilizada a seguinte **QUERY**: “*osteoporosis risks factors AND postmenopausal women NOT men NOT treatment*”. Os **MeSH Terms** foram: “*osteoporosis*”; “*risks factors*”; “*postmenopausal*”; “*female*”; “*humans*”. A pesquisa foi limitada a estudos que incluíssem apenas humanos do sexo feminino e nas seguintes línguas: português e inglês. Obteve-se um total de 68 artigos.

Após leitura do título, *abstract* e artigo completo foram incluídos todos aqueles que tivessem como objectivo abordar a prevenção e factores de risco da osteoporose, principalmente em mulheres pós-menopáusicas e todos aqueles cujo texto foi possível obter na íntegra.

Foram alvo de exclusão os artigos que abordavam o rastreio, meios de diagnóstico e o tratamento da osteoporose, os artigos cuja população do estudo fossem indivíduos de sexo masculino, bem como mulheres com idade inferior a 50 anos. Foram, também, excluídas letters, comments, news e editoriais.

Neste contexto, foram excluídos 49 artigos, constando neste trabalho uma bibliografia composta por 19 artigos.

Para a realização deste estudo foi elaborado um questionário, aplicado a uma amostra de conveniência constituída por 80 utentes, do sexo feminino, com idade igual ou superior a 50 anos, das duas US.

A análise de dados foi efectuada recorrendo ao SPSS.

Deste modo, foram questionados alguns dos factores de risco *major* e *minor* contemplados na Circular Normativa da Direcção-Geral da Saúde (1):

- idade avançada;
- baixo peso;
- tabagismo;
- baixo aporte de cálcio na dieta;

- consumo excessivo de bebidas alcoólicas;
- consumo excessivo de cafeína (>2 chávenas por dia);
- idade da menopausa;
- fracturas prévias;
- história de fractura num dos progenitores.

Foram, também, questionados vários aspectos relativos a esta doença, no sentido de aferir os conhecimentos das populações abrangidas no estudo relativamente à osteoporose. No questionário realizado constam afirmações, cujo propósito era seleccionarem como verdadeiras ou falsas, de acordo com os seus conhecimentos. A elaboração destas questões teve como base a pesquisa bibliográfica sobre esta temática (2;5).

O questionário aplicado encontra-se disponível no **Apêndice VIII**.

Resultados

Neste estudo, foi utilizada uma amostra de 80 utentes do sexo feminino, correspondendo a 40 utentes da UCSPAF e 40 do CSSJ, com uma média de idades, nas duas Unidades de Saúde, de aproximadamente 66 anos (Figuras 1 e 2), sendo que a maioria das mulheres pesava 60 a 69 Kg (43.7%) e tinha 1.50 a 1.59m de altura (55%).

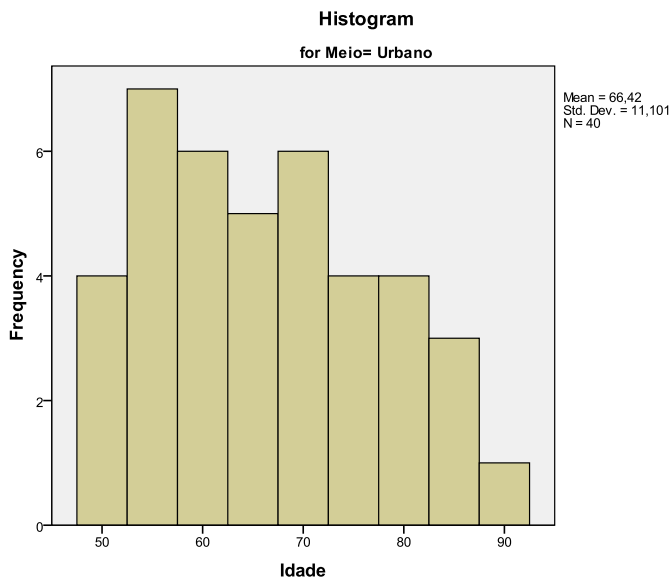


Fig. 1 – Distribuição Etária das utentes do Meio Urbano.

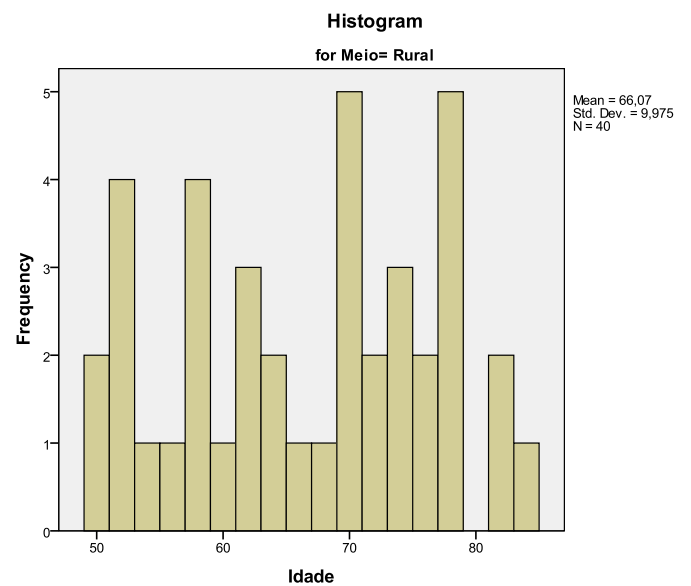


Fig.2 – Distribuição Etária das utentes do Meio Rural.

Em relação à prevalência de Osteoporose, 23.8% (n=19) das mulheres afirmou apresentar a doença, das quais 25% eram do meio rural e 22.5% do meio urbano. No entanto, aproximadamente 56.3% (n=45) não sabia se tinha a doença (figura 3).

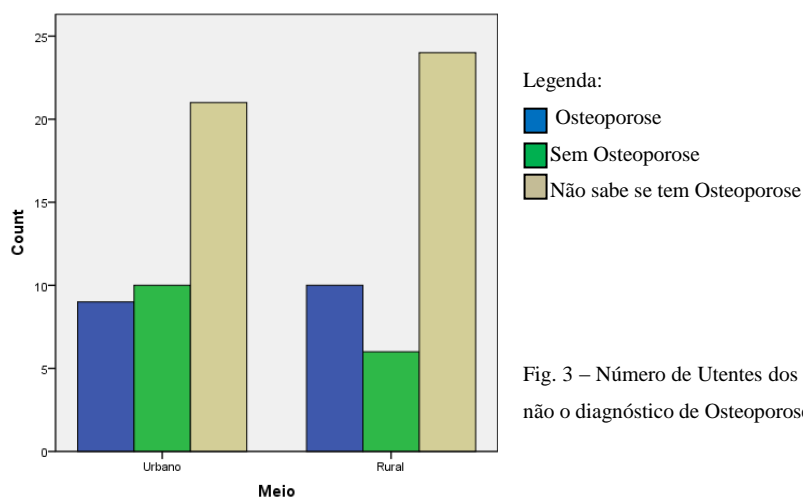


Fig. 3 – Número de Utentes dos Meios Urbano e Rural, que afirma ter ou não o diagnóstico de Osteoporose.

Ao averiguar a prevalência de fracturas patológicas, verificou-se que estavam presentes em 17.5% (n=14) das mulheres, das quais apenas 1 desconhecia se tinha ou não osteoporose, sendo mais frequente a fractura do punho (7.5%). Portanto, no total de doentes com Osteoporose, 68.4% (n=13) tinha história de fracturas, contrastando com a ausência de antecedentes pessoais de fracturas verificada nas utentes sem osteoporose (tabela I). Esta relação é estatisticamente significativa ($p < 0.00$).

Relativamente à história familiar de fracturas, nas utentes com a doença, 52.6% (n=10) apresentava antecedentes familiares ($p < 0.05$). Nas doentes com osteoporose associada a fracturas, a percentagem de história familiar era de 71.4% ($p < 0.00$).

Tabela I – Percentagem de utentes com história de fracturas patológicas (%)

	Fracturas patológicas	História familiar de fracturas
Utentes com Osteoporose (n=19)	68.4 (n=13)	52.6 (n=10)
Utentes sem Osteoporose (n=16)	0	25 (n=4)
	$p < 0.00$	$p < 0.05$

Na avaliação dos restantes factores de risco estudados, os resultados foram os seguintes:

Tabela II – Presença de factores que influenciam positiva/negativamente a osteoporose (%)

	Menopausa	Tabaco	Álcool (1 ou 2 copos/dia)*	Café (+1 ou 2 cafés/dia)*	Dieta rica em Cálcio	Actividade Física
Utentes com Osteoporose (n=19)	100 (n=19)	5.3 (n=1)	31.6 (n=6)	52.6 (n=10)	84.2 (n=16)	31.6 (n=6)
Utentes sem Osteoporose (n=16)	93.8 (n=15)	0	37.5 (n=6)	50.0 (n=8)	81.3 (n=13)	43.8 (n=7)

*Nenhuma utente afirmou consumir mais de 2 copos de vinho por dia e apenas 1 utente afirmou consumir mais de 3 cafés diariamente.

Na análise destes resultados, não foi possível encontrar nenhuma diferença estatisticamente significativa entre as utentes com e sem a osteoporose.

Na avaliação dos conhecimentos sobre a doença (tabela III), a maioria das utentes respondeu correctamente a 4 das 5 questões averiguadas: 82.5% responderam correctamente à questão A; 78.8% à B; 98.8% à C; 55% à D e apenas 7.5% das inquiridas respondeu de forma correcta à questão E (“É uma doença que normalmente apresenta sintomas.”).

Tabela III – Percentagem de doentes que responderam correctamente às questões (%)		
Questões \ Meios	Rural (n=40)	Urbano (n=40)
A	85 (n=34)	80 (n=32)
B	77.5 (n=31)	80 (n=32)
C	97.5 (n=39)	100 (n=40)
D	40 (n=16)	70 (n=28)
E	5 (n=2)	10 (n=4)

A – “É uma doença rara.” – afirmação falsa.

B – “É uma doença exclusiva das mulheres.” – afirmação falsa.

C – “É uma doença que se caracteriza por diminuição da massa óssea, o que pode levar a fracturas.” – afirmação verdadeira.

D – “É uma doença que se pode prevenir.” – afirmação verdadeira.

E – “É uma doença que normalmente apresenta sintomas.” – afirmação falsa.

A análise destes resultados permitiu constatar que a proporção de respostas correctas dadas pelas inquiridas das duas Unidades de Saúde foi aproximadamente igual, excepto em relação à questão D, verificando-se 70% de respostas correctas no CSSJ e 40 % na UCSPAF, diferença estatisticamente significativa ($p=0.021$).

Em relação ao rastreio da Osteoporose foi possível verificar que quer na UCSPAF quer no CSSJ, aproximadamente 47% das mulheres afirmam ter realizado rastreio.

Discussão

Em Portugal estão disponíveis alguns dados sobre a prevalência da OP quer em artigos originais (6,7,8,9) quer em artigos de revisão sobre o tema (10,11, 12).

Um estudo realizado numa população do Porto que participou no *European Vertebral Osteoporosis Study* (EVOS), determinou uma prevalência de osteoporose por DEXA em mulheres pós-menopáusicas (idade média de 64.3 anos) de 25% ao nível da coluna lombar e 29% ao nível do colo do fémur (9).

Neste inquérito aplicado às utentes de ambas US (idade média de 66 anos) foi possível verificar uma prevalência de OP de 23.5%, resultado não muito discrepante em relação a outros estudos.

Relativamente à prevalência das fracturas osteoporóticas, os dados portugueses sobre fracturas da coluna vertebral e do punho são escassos, mas estão disponíveis alguns dados sobre fracturas da anca, que frequentemente requerem internamento (13).

Em três estudos diferentes (14,15,16), a incidência anual de fracturas da anca, para as mulheres portuguesas, variava entre 128 e 297/100.000. O crescimento anual estimado da incidência das fracturas da anca é de 4 a 5% (14). A ocorrência de uma fractura da anca pode aumentar em 15 a 25% a mortalidade do indivíduo durante o primeiro ano após a fractura (17).

As fracturas do punho são as fracturas mais frequentes do membro superior em indivíduos idosos (18). Estão associadas a um risco acrescido de 48% para o desenvolvimento de declínio funcional clinicamente importante (18).

O estudo realizado neste estágio permitiu constatar que 17.5% das mulheres apresentava história de fracturas patológicas, sendo mais frequente a fractura do punho (7.5%).

Em breve, estarão disponíveis mais dados epidemiológicos sobre a realidade portuguesa, uma vez que a Sociedade Portuguesa de Reumatologia, o Serviço de Epidemiologia da Faculdade de Medicina do Porto e a Direcção Geral de Saúde estão a

desenvolver em parceria, um estudo que pretende determinar a prevalência da OP e a incidência das fracturas osteoporóticas em Portugal (13).

Nas mulheres está bem estabelecida a associação entre diversos factores de risco e a OP (1,3,4,13): idade avançada, fractura OP prévia, baixo índice de massa corporal (IMC), raça branca ou asiática, antecedentes familiares de fracturas OP, corticoterapia, dieta hiperproteica, ingestão excessiva de álcool e de cafeína, tabagismo, sedentarismo, menopausa precoce, doenças da tiróide, artropatias inflamatórias e terapêutica crónica com anticonvulsivantes e anticoagulantes.

Na análise dos resultados em relação aos factores de risco estudados, não foi possível encontrar nenhuma diferença estatisticamente significativa entre as utentes com e sem a osteoporose, excepto em relação à história de fracturas patológicas, tendo sido possível verificar uma associação estatisticamente significativa entre a existência de fracturas prévias e a presença de osteoporose.

Em relação à avaliação dos conhecimentos sobre a doença, a maior parte das utentes respondeu correctamente à maioria das questões, o que revela que as últimas campanhas de sensibilização para a população sobre a OP têm surtido efeito e que há um bom nível de informação sobre a doença.

Conclusão

A osteoporose (OP) é caracterizada por diminuição da massa óssea e deterioração da microarquitetura do osso, conduzindo ao aumento do risco de fractura (2).

As fracturas osteoporóticas afectam mais frequentemente as mulheres pós-menopáusicas e os indivíduos idosos e representam um grave problema de saúde pública devido à sua elevada prevalência, às consequências médicas que acarretam, à diminuição da qualidade de vida e aos custos económicos e sociais que comportam (19).

As fracturas osteoporóticas resultam, em regra, de traumatismos de baixa energia, a maioria das vezes causados por uma queda da própria altura. No caso das fracturas vertebrais não existe habitualmente um traumatismo evidente.

A correcta abordagem da OP deve ter como principal objectivo a redução das fracturas através, não só da manutenção da resistência óssea, fomentando a obtenção de um bom pico de massa óssea e prevenindo a perda óssea acelerada, mas também reduzindo ou eliminando os factores que contribuem para o aumento da frequência das quedas nos idosos (19).

As recomendações da Sociedade Portuguesa de Reumatologia (SPR) e da Sociedade Portuguesa de Doenças Ósseas Metabólicas (SPODOM) para a abordagem da OP visam atingir esses objectivos através de práticas clínicas validadas que permitam uma utilização eficaz dos recursos diagnósticos e terapêuticos disponíveis (19).

Em relação ao estudo comparativo, propriamente dito, foi possível verificar que a maioria dos resultados obtidos foi concordante com outros estudos que constam na pesquisa bibliográfica.

Bibliografia

1. Circular Informativa da Direcção Geral de Saúde nº: 12/DSCS/DPCD/DSQC; Assunto: Orientação Técnica para a utilização da absorciometria radiológica de dupla energia (DEXA); Data: 01/04/08.
2. Rosen, Hillel N; Drezner, Marc K; *Diagnosis and evaluation of osteoporosis in postmenopausal women*; 2008.
3. Akdeniz N, Akpolat V, Kale A, Erdemoglu M, Kuyumcuoglu U, Celik Y. *Risk factors for postmenopausal osteoporosis: anthropometric measurements, age, age at menopause and the time elapsed after menopause onset*. Gynecol Endocrinol. 2009 Feb;25(2):125-9.
4. Júnior, Paulo Domingos; Chahade, Wiliam; *Fatores de risco associados à osteoporose em uma população de mulheres brasileiras residentes em São José do Rio Pardo, estado de São Paulo - Risk factors associated to osteoporosis in Brazilian women from São José do Rio Pardo, São Paulo*; Rev. Bras. Reumatol. vol.47 no.1 São Paulo Jan./Feb. 2007.
5. Rosen, Hillel N; Drezner, Marc K; *Overview of the management of osteoporosis in postmenopausal women*; 2010.
6. Araújo D, Pereira J, Barros H. *Osteoporose em mulheres portuguesas*. Acta Reuma Port 1997; 82: 7-13.
7. Silva JAP, Carapito H, Reis P. *Diagnóstico densitométrico de osteoporose: critérios de referência na população portuguesa*. Acta Reuma Port 1999; 93: 9-18.
8. Branco JC, Tavares V, Briosas A, Costa R, Feliciano R, Rola A. *Prevalence of osteoporosis in Portugal*. Osteoporosis Int 1998; 8 (suppl 3): 191.
9. Aroso-Dias A. *Epidemiologia da osteoporose*. In Osteoporose. Ed Viana Queiroz M. Lidel Lda, Lisboa 1998: 25-39.

10. Aroso-Dias A. *Epidemiologia da Osteoporose em Portugal: análise comparativa com outros países*. Acta Reuma Port 2000; 97: 21-31.
11. Leitão R. *Epidemiologia*. In *Guia prático sobre osteoporose vol 2*. Ed Aventis. Pharmaceutical Communications Company. The Netherlands 2001: 3-28.
12. Aroso-Dias A. *Osteoporose – epidemiologia e factores de risco*. In *Reumatologia*, vol 3. Ed Viana Queiroz M. Lidel Lda, Lisboa 2002: 115-25.
13. Canhão, H.; Fonseca, J.; Queiroz, M.; *Epidemiologia da osteoporose, mecanismos de remodelação óssea e factores protectores do osso*; Serviço de Reumatologia do Hospital de Santa Maria; Faculdade de Medicina de Lisboa.
14. Matos ACA, Tavares V, Branco JC et al. *Epidemiology of hip fractures in the Western region of Lisbon*. In *Osteoporosis Proceedings*. Eds Christiansen C, Overgaardt. Osteopress Aps, Copenhaga 1990: 168-70.
15. Aroso-Dias A, Ferreira F, Quintal A, Afonso C, Vaz C, Lopes Vaz A. *A epidemiologia e custos das fracturas osteoporóticas em Portugal*. Rev Port Reumatol 1990; 1: 26-35.
16. Rodrigues M, Branco JC, Menezes V et al. *Hip fractures. Influence of calcium levels in drinkable water*. In *Osteoporosis Proceedings*. Eds Christiansen C, Overgaardt. Osteopress Aps, Copenhaga 1990: 175-6.
17. Bonar SK, Tinetti ME, Speechley M, Cooney LM. *Factors associated with short-versus long-term skilled nursing facility placement among community-living hip fracture patients*. J Am Geriatr Soc 1990; 38: 1139-44.
18. Edwards BJ, Song J, Dunlop DD, Fink HA, Cauley JA; *Functional decline after incident wrist fractures--Study of Osteoporotic Fractures: prospective cohort study*. BMJ. 2010 Jul 8;341:c3324. doi: 10.1136/bmj.c3324.

19. Tavares, V.; Canhão, H.; Gomes, J.; Simões, E.; Romeu, J.; Coelho, P.; et al; *Recomendações para o diagnóstico e terapêutica da osteoporose*. Sociedade Portuguesa de Reumatologia. Sociedade Portuguesa de Doenças Ósseas Metabólicas.

APÊNDICE VIII

Questionário sobre Osteoporose

No âmbito da disciplina de Medicina Comunitária, solicito a sua colaboração no preenchimento deste inquérito.

Assinale com um X a opção com a qual se identifica.

Agradeço a sua disponibilidade.

1 – Idade_____

2 – Peso:

Inferior a 49Kg____ 50 a 59Kg____ 60 a 69Kg____ 70 a 79Kg____

Superior a 80Kg____

3 – Altura:

Inferior a 1,49m____ 1,50m a 1,59m____ 1,60m a 1,69m____

Superior a 1,70m____

4 – Tabaco:

É fumadora? Sim____ Não____

Se sim, quantos cigarros fuma por dia? _____

É ex-fumadora? Sim____ Não____

Se sim, há quanto tempo deixou de fumar? _____

5 – Dieta e Actividade Física

Consome alimentos ricos em cálcio (leite, iogurte, queijo, espinafres, brócolos...),
diariamente? Sim ____ Não____

Quantos copos de vinho bebe por dia? Nenhum____ 1 ou 2 copos____
3 ou 4 copos____ Mais de 4 copos____

Quantos cafés bebe por dia? Nenhum____ 1 ou 2____
3 ou 4____ Mais de 4____

Pratica alguma actividade física diária (caminhar, ginástica, natação...)?

Sim____ Não____

6 - Está na menopausa? Sim____ Não____ Não sei____

7 - Faz terapêutica hormonal de substituição para atenuar os sintomas da menopausa?
Sim____ Não____

8 - Tem história de fracturas em idade adulta? Sim____ Não____

9 - Se sim, onde foram?

Braço____ Punho____ Anca____ Perna____ Coluna____

10 - Algum familiar próximo (mãe, pai, irmã...) teve fracturas em idade adulta?

Sim____ Não____ Não sei____

11 - Toma algum suplemento de cálcio? Sim____ Não____ Não sei____

12 - Já fez algum exame de rastreio para a osteoporose (densitometria)?

Sim____ Não____ Não sei____

13 – Tem osteoporose? Sim ___ Não ___ Não sei ___

14 – Se sim, encontra-se medicada? Sim ___ Não ___

Em relação à osteoporose, diga se considera Verdadeiro (V) ou Falso (F):

- a) É uma doença rara. _____
 - b) É uma doença exclusiva das mulheres. _____
 - c) É uma doença que se caracteriza por diminuição da massa óssea, o que pode levar a fracturas. _____
 - d) É uma doença que se pode prevenir. _____
 - e) É uma doença que normalmente apresenta sintomas. ___
-