



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2010/2011

Ana Pontes Ferreira
Relatório de Estágio Profissionalizante
em Medicina Comunitária

Abril, 2011

FMUP



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Ana Pontes Ferreira

Relatório de Estágio Profissionalizante
em Medicina Comunitária

Mestrado Integrado em Medicina

Área: Medicina Comunitária

Trabalho efectuado sob a Orientação de:

Dra. Maria João Martins Sena Esteves

Abril, 2011

FMUP

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

Eu, Ana Pontes Ferreira, abaixo assinado, nº mecanográfico 040801203, 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, 19/04/2011

Assinatura: Ana Pontes Ferreira

AGRADECIMENTOS

À equipa Médica, Enfermagem e Administrativos do Centro de Saúde São João.

A toda a equipa Médica, Enfermagem e Administrativos da Unidade de Saúde Familiar Fafe Sentinela pelo excelente acolhimento e pelas oportunidades de aprendizagem que me proporcionaram.

À Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, respectivos docentes e funcionários, pelo enorme contributo na minha formação profissional e pessoal ao longo do curso.

Finalmente, aos meus pais, irmãs e amigos por todo o apoio prestado.

TÍTULO

Relatório de Estágio Profissionalizante em Medicina Comunitária

RESUMO

Este trabalho surgiu no âmbito do meu Projecto de Opção, inserido no Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP), no ano lectivo de 2010/2011. Desta forma, ao longo deste relatório pretendi descrever as experiências vivenciadas durante o estágio, fazendo uma avaliação crítica da sua contribuição na formação médica pré-graduada.

A motivação para realizar este trabalho emana do meu profundo interesse pessoal pela área dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), além de ser meu intuito aprofundar os meus conhecimentos sobre os CSP, assim como compreender a extensão da actuação de um médico de família (MF).

O presente relatório procura não só descrever e caracterizar as Unidades de Saúde (US) e os seus utentes, como reconhecer as semelhanças e as divergências na abordagem médica em contexto rural e urbano. Como tarefa complementar realizei um trabalho sobre a qualidade da vigilância do doente com diabetes mellitus tipo 2 (DM2) entre as duas US.

A MGF é uma especialidade abrangente por excelência que se centra na Pessoa, na Família e na Comunidade. O estágio em MC durante quatro semanas permitiu-me um contacto mais aprofundado e realista sobre os CSP e o Sistema Nacional de Saúde (SNS).

TITLE

Practical Training Report of Community Medicine.

ABSTRACT

This report was written in the context of my optional project, which is part of the Integrated Masters in Medicine of the Oporto Medicine Faculty (FMUP) in 2010/2011. Henceforth, throughout the report I intended to describe the experiences lived during the internship, making a critical assessment of its contribution in the pre-graduate medical formation.

The motivation to realize this report emanates from my profound personal interest in the area of Primary Health Care, besides being my objective to increase my knowledge about Primary Health, as well as understand the extension of the role of a General practitioner.

This report searches not only to describe and characterize the Health Units and its patients as well as recognize the similarities and divergences in the medical approach in both rural and urban context. As a complementary task I realized a project regarding the quality of the vigilance of the patient with diabetes mellitus type 2 (DM2) between the two Health Units.

Family medicine is a broaden specialty that center in the Person, in the family and in the Community. The internship in this area for four weeks allowed me a more detailed and realist contact with the Primary Health Care area and the National Health System.

ÍNDICE

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	2
LISTA DE FIGURAS E TABELAS.....	4
INTRODUÇÃO	5
O SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS.....	6
O MÉDICO DE FAMÍLIA	9
LOCAL E DURAÇÃO DO ESTÁGIO	10
CENTRO DE SAÚDE SÃO JOÃO	10
UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR FAFE SENTINELA.....	11
COMPARAÇÃO ENTRE AS DUAS UNIDADES DE SAÚDE.....	11
ESTUDO DEMOGRÁFICO	13
DESCRIÇÃO DAS ACTIVIDADES	16
SEMINÁRIOS.....	16
ACTIVIDADES NAS UNIDADES DE SAÚDE	16
VALÊNCIA URBANA	16
VALÊNCIA RURAL.....	16
VISITA À ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE PAIS E AMIGOS DO CIDADÃO DEFICIENTE MENTAL (APPACDM).	17
TRABALHO COMPLEMENTAR	18
CONCLUSÃO	19
BIBLIOGRAFIA.....	20
APÊNDICES	
APÊNDICE I – CRONOGRAMA DO ESTÁGIO	
APÊNDICE II – FOLHETO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE.....	
APÊNDICE III – HISTÓRIA CLÍNICA.....	
APÊNDICE IV – REGISTO DE UM DIA DE CONSULTAS.....	
APÊNDICE V – FLUXOGRAMA	
APÊNDICE VI – REFLEXÃO	
APÊNDICE VII – TRABALHO COMPLEMENTAR	

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

APPACDM – Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão

ARS – Administração Regional de Saúde

CAO – Centros de Actividades Ocupacionais

CCSJ – Centro de Saúde São João

CS – Centro de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DM – Diabetes Mellitus

DM2 – Diabetes Mellitus tipo 2

DP – Densidade Populacional

EPE – Entidade Pública Empresarial

FMUP – Faculdade de Medicina Universidade do Porto

IE – Índice de Envelhecimento

INE – Instituto Nacional de Estatística

MC – Medicina Comunitária

MF – Médico de Família

MGF – Medicina Geral e Familiar

SMS – Serviços Médicos Sociais

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SSP – Sistema Saúde Português

UCC – Unidade de Cuidados da Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UIP – Unidade de Intervenção Precoce

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais de Partilha

US – Unidade de Saúde

USE – Unidade Socio-Educativa

USF – Unidade de Saúde Familiar

USFS – Unidade de Saúde Familiar Fafe Sentinela

USP – Unidade de Saúde Pública

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Tabela 1. Recursos humanos e informáticos, tipo de consultas e referenciação para outras instituições de saúde das US

Tabela 2. Ratio Médico/Utente

Gráfico 1. Pirâmide etária da USFS

Gráfico 2. Pirâmide etária do CSSJ

Gráfico 3. Índice de Envelhecimento

Gráfico 4. Taxas Brutas de Natalidade e Mortalidade

INTRODUÇÃO

Este trabalho foi realizado no âmbito do meu Projecto de Opção, inserido no Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP), no ano lectivo de 2010/2011. É apresentada uma breve descrição das experiências e actividades desenvolvidas, bem como das aptidões e conteúdos formativos adquiridos durante o estágio profissionalizante em Medicina Comunitária (MC).

Como tarefa complementar realizei um trabalho acerca da qualidade de vigilância do doente com diabetes mellitus tipo 2 (DM2) tendo como objectivo a comparação entre as duas Unidades de Saúde (US) em que estive.

A motivação para realizar este trabalho surge no contexto desta ser uma área de grande interesse pessoal e que sempre me fascinou pela globalidade e abrangência dos seus cuidados. A Medicina Geral e Familiar (MGF) lida com as pessoas e com os seus problemas no contexto das suas circunstâncias de vida e não como patologias ou "casos" impessoais. O ponto de partida de todo o processo é o doente. É tão importante compreender como o doente consegue viver a sua vida e encarar a sua doença, como abordar o processo patológico em si. O denominador comum é a pessoa com as suas crenças, medos, expectativas e necessidades, não se resumindo, apenas, à resolução de doenças, mas sim a uma intervenção alargada baseada numa relação de proximidade entre o médico e a Pessoa com todas as suas dimensões, e não unicamente médico-doente. ⁽¹⁾

O estágio parecia permitir uma ampla variedade de experiências clínicas, o que seria importante, para a consolidação de conhecimentos e treino de técnicas, numa etapa final do curso.

Como objectivos específicos, pretendeu-se:

- Descrever sumariamente as actividades desenvolvidas, salientando a sua importância na aprendizagem clínica;
- Reconhecer e demonstrar o papel da especialidade de MGF na formação médica pré-graduada;
- Caracterizar a abordagem do especialista de MGF em ambiente rural e urbano;
- Comparar a qualidade com que é feita a vigilância do doente com DM2 entre as duas Unidades de Saúde.

O presente relatório compreende a caracterização das US, estudo demográfico, descrição das actividades desenvolvidas e principais conclusões.

O SISTEMA DE SAÚDE PORTUGUÊS

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) constituem, actualmente, o pilar de sustentação do Sistema de Saúde Português (SSP), representando o primeiro contacto do indivíduo/doente com o Sistema de Saúde. ⁽³⁾

A sua organização, tal como a conhecemos hoje, nada tem a ver com o passado de há 40 anos. Na verdade o seu desenvolvimento é relativamente recente e tem sofrido avanços e retrocessos de acordo com a situação política e económica do país.

Na evolução do SSP consideram-se os seguintes períodos distintos ^(2-5, 8):

1. O Sistema de Saúde Português antes de 1970

Antes de 1970, o SSP estava muito fragmentado: consistia em postos médicos dos Serviços Médico Sociais (SMS) da Previdência; Serviços de Saúde Pública (Centros de Saúde a partir de 1971); médicos municipais; alguns grandes Hospitais do Estado, uma extensa rede de Hospitais das Misericórdias; serviços especializados para a saúde materno-infantil, tuberculose e as doenças psiquiátricas; o sector privado estava especialmente desenvolvido na área do ambulatório.

2. Estabelecimento e expansão do Serviço Nacional de Saúde (1971-1985)

Em 1971, o Estado reconheceu, pela primeira vez, o direito à saúde de todos os cidadãos. Ocorreu a reforma do sistema de saúde e da assistência (conhecida como “a reforma de Gonçalves Ferreira”), que incluiu o estabelecimento de “Centros de Saúde” (Centros de Saúde de 1ª geração) em quase todos os concelhos. Estes passaram a funcionar em paralelo com os SMS das “Caixas de Previdência”, contudo sem conseguir abranger a totalidade da população alvo.

Esta reforma foi concebida no espírito daquilo que, sete anos mais tarde (1978), vem a ser declarado, em Alma Ata (Conferência Internacional sobre CSP, na ex-URSS), como “Cuidados de Saúde Primários”. Apesar de uma implementação limitada, forneceu a base para o futuro Serviço Nacional de Saúde (SNS) que veio a ser criado em 1979 através da Lei de

Bases da Saúde (decreto-lei nº 56/79). Esta lei defendia o acesso de todos os cidadãos ao SNS, independentemente da sua condição social ou económica.

A carreira médica de Clínica Geral e Familiar foi introduzida em 1980.

Em 1984/5, por dificuldades económicas do país, os Centros de Saúde de 1ª geração fundiram-se com os SMS da Previdência, tornando-se nos Centros de Saúde de 2ª geração.

3. Regionalização do SNS (1985-1995)

A revisão da Constituição em 1989 muda o “serviço nacional de saúde” “gratuito” para “tendencialmente gratuito”. Surge a nova lei do SNS (segunda Lei de Bases da Saúde – decreto lei nº 48/90) e o financiamento deste começou a provir do Orçamento Geral do Estado, substituindo o financiamento com base nos fundos sociais. Nesta altura o Governo introduziu taxas moderadoras no SNS com excepção para grupos de risco e economicamente desfavorecidos.

Em 1993 foram estabelecidas 5 Regiões Administrativas de Saúde (Administrações Regionais de Saúde) assim como “Unidades Funcionais” entre Hospitais e Centros de Saúde. Estas últimas tinham como objectivo a melhor integração entre cuidados primários, secundários e terciários.

4. A “nova gestão pública” para a reforma do SNS (1995-2002) empresarialização pública

Perante um novo ciclo político menos favorável, foi adoptada nova reforma centrado em princípios da “nova gestão pública” aplicada à reforma do SNS.

Iniciaram-se uma série de projectos experimentais na reorganização dos CSP. Surgiram projectos que estimularam a adopção de sistemas de remuneração associada ao desempenho, numa base experimental, novas práticas de contratualização, critérios de qualidade e infra-estruturas de informação.

O decreto lei nº 157/99 veio estabelecer o regime de criação, organização e funcionamento dos Centros de Saúde, estruturando-os em unidades funcionais, com especial ênfase para a Unidade de Saúde Familiar (USF) caracterizada como “a unidade elementar de prestação de Cuidados de saúde a uma população identificada através da inscrição em listas de utentes”.

Este processo foi interrompido em 2000.

5. A reformulação dos Cuidados de Saúde Primários (2005)

Em 2005 é dada especial importância à reorganização dos Cuidados de Saúde em Portugal, nomeadamente dos Cuidados Primários.

No sentido de criar uma prestação de cuidados de saúde aos cidadãos mais próxima, adequada, continuada, eficiente e menos dispendiosa foi nomeada, em 2005, uma Missão para os Cuidados de Saúde Primários e aprovado, em 2006, o Regulamento para lançamento e implementação das USFs.

No início de 2006, foi aberto um processo de candidatura voluntária à implementação de USFs, instituições que visam o trabalho em equipa, mais autónomo, remunerado de forma especial premiando a qualidade e quantidade de serviços prestados, pelos profissionais, à população.

6. Actualidade

Posteriormente, em 2008, foi publicado em Diário da República o Decreto-Lei n.º 28/2008, que estabeleceu o regime da criação, estruturação e funcionamento dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) do SNS. Estes foram definidos como: serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde, e que têm por missão garantirem a prestação de CSP à população de determinada área geográfica.

Os ACES podem compreender as seguintes unidades funcionais: USF; Unidade de cuidados de saúde personalizados (UCSP); Unidade de cuidados na comunidade (UCC); Unidade de saúde pública (USP); Unidade de recursos assistenciais partilhados (URAP); Outras unidades ou serviços propostos pela respectiva administração regional de saúde (ARS) e aprovados por despacho do Ministro da Saúde.

Cada unidade funcional assenta numa equipa multi-profissional, com autonomia organizativa e técnica, estando garantida a intercooperação com as demais unidades funcionais do centro de saúde e do ACES.

O MÉDICO DE FAMÍLIA

A MGF é uma disciplina académica e científica, com conteúdos educacionais, investigação, base de evidência e actividade clínica próprios. ^(1, 9-11) É uma especialidade clínica orientada para os cuidados primários, praticada pelo Médico de Família/Clínico Geral, que apresenta as seguintes características: ^(6,7)

- É normalmente o primeiro ponto de contacto médico com o sistema de saúde, proporcionando um acesso aberto e ilimitado aos seus utentes, lidando com todos os problemas de saúde, independentemente da idade, sexo, ou qualquer outra característica da pessoa em questão.
- Utiliza eficientemente os recursos da saúde, coordenando a prestação de cuidados e gerindo a interface com outras especialidades, assumindo um papel de advocacia do doente sempre que necessário;
- Desenvolve uma abordagem centrada na pessoa, orientada para o indivíduo, a família e a comunidade;
- Estabelece uma relação ao longo do tempo;
- Presta cuidados continuados longitudinalmente consoante as necessidades do doente;
- Possui um processo de tomada de decisão determinado pela prevalência e incidência de doença na comunidade;
- Gere simultaneamente os problemas, tanto agudos como crónicos dos doentes individuais;
- Gere a doença que se apresenta de forma indiferenciada, numa fase precoce da sua história natural, e pode necessitar de intervenção urgente;
- Promove a saúde e bem-estar;
- Tem uma responsabilidade específica pela saúde da comunidade;
- Lida com os problemas de saúde em todas as suas dimensões física, psicológica, social, cultural e existencial.

Os Cuidados de Saúde Primários com qualidade exigem a intervenção de diferentes profissionais organizados em equipas multidisciplinares. A equipa básica terá de englobar, além de médicos de família, enfermeiros, administrativos e auxiliares. Uma equipa alargada inclui necessariamente profissionais de outras disciplinas: assistente social, psicólogo, nutricionista, médico de Saúde Pública, entre outros. ^(1, 6, 7)

LOCAL E DURAÇÃO DO ESTÁGIO

A residência em MC realizou-se de 27/09/10 a 22/10/10, estando organizada em dois módulos, rural e urbano, realizados em US, cada um com duração de duas semanas. Frequentei em primeiro lugar o módulo urbano no Centro de Saúde São João (CSSJ). Para a frequência do módulo rural foi escolhido a USF Fafe Sentinela (USFS).

De seguida, irei proceder a uma breve caracterização de ambas as US.

CENTRO DE SAÚDE SÃO JOÃO

O CSSJ surgiu no contexto de um protocolo estabelecido entre a Administração Regional de Saúde do Norte e a FMUP, denominado “Projecto Tubo de Ensaio”.^(12,13) Pertence ao ACES Grande Porto VI – Porto Ocidental e localiza-se na Rua Miguel Bombarda, freguesia de Cedofeita (concelho do Porto). Presta CSP a 20055 utentes, sendo a maioria residente no concelho do Porto.

No rés-do-chão funciona o serviço de atendimento Administrativo e de Enfermagem. Nos 2 pisos seguintes há 4 consultórios para MGF e um polivalente para consulta médica ou de enfermagem para grupos de risco ou vulneráveis. O 3º piso inclui uma sala de reuniões e uma biblioteca, embora, neste momento esta se encontre ocupada pelos Serviços Administrativos, dois consultórios e um polivalente para a Direcção do Centro de Saúde (CS), promoção de Saúde, Psicologia e Podologia. Todos os andares têm uma sala de espera. Na cave funcionam os serviços de apoio.

Nos dias úteis encontra-se em funcionamento das 8 às 20 horas e assegura vários serviços tais como: consulta programada, consulta de vigilância a grupos de risco e a grupos vulneráveis e consulta aberta, entre outros.

UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR FAFE SENTINELA

O CS de Fafe pertence ao ACES de Terras de Basto. A sua sede, em funcionamento desde 2001, localiza-se na Rua José Ribeiro Vieira de Castro no centro da cidade de Fafe. É constituída por 3 Unidades de Saúde, duas localizadas no edifício sede (a USF Novo Cuidar e a USF Fafe Sentinela) uma localizada em Arões (USF Arões), e duas Extensões, uma em Regadas e outra em Travassós. Na sua área geográfica de influência encontram-se as 36 freguesias do concelho de Fafe.

Realizei o estágio, da área curricular de Medicina Comunitária, na USF Fafe Sentinela (USFS).

A USFS, coordenada pelo Dr. João Silva Rego, foi inaugurada em 12 de Março de 2007. Presta CSP a cerca de 10800 utentes. O piso onde se encontra está dividido em 2 alas distintas. A ala esquerda é composta pela recepção, sala administrativa, 2 salas de espera com parque infantil, 1 WC para uso dos utentes, 2 consultórios médicos, 1 consultório de enfermagem, 1 sala de reuniões/multidisciplinar e um armazém. A ala da direita é composta por 1 WC para uso dos funcionários e profissionais de saúde, 4 consultórios médicos, 2 salas de enfermagem e 1 sala de tratamentos.

Nos dias úteis a USF encontra-se em funcionamento entre as 8h00 e as 22h00, sendo que entre as 20h00 e as 22h00 decorre o período de prolongamento de horário. Aos fins-de-semana e feriados, o horário de funcionamento é das 9h00 às 14h00. Durante os períodos de prolongamento, fins-de-semana e feriados o normal funcionamento da USF é assegurado por um médico, um enfermeiro e um administrativo, que vão rodando segundo esquema previamente definido e acordado.

COMPARAÇÃO ENTRE AS DUAS UNIDADES DE SAÚDE

Verifica-se a existência de um maior número de profissionais no CSSJ (tabela1), o que está de acordo com o número superior de utentes. No entanto, o CSSJ apresenta um ratio médico/utente inferior, tendo cada médico em média mais 200 doentes comparativamente à USFS (tabela 2).

Não há divergências significativas no tipo de consulta (tabela 1), destacando-se apenas a inexistência de Consulta de Nutrição no CSSJ e a inexistência de Consulta de Podologia e Consulta de Cessação Tabágica na USFS.

	CSSJ	USFS
Recursos Humanos	10 Médicos Especialistas em MGF 16 Enfermeiros* 6 Assistentes Administrativos 2 Auxiliares de acção médica 2 Psicólogos 1 Podologista	6 Médicos Especialistas de MGF 6 Enfermeiros 5 Assistentes Administrativos 1 Psicólogo 1 Nutricionista
Recursos Informáticos	SINUS SAM Alert P1 HÍGIA DiabCare	SINUS SAM Alert P1 SAPE
Tipo de Consultas	Consulta Aberta Consulta Programada ✓ Saúde Adultos ✓ Saúde Infantil/Juvenil ✓ Saúde Materna ✓ Planeamento Familiar ✓ Diabetes ✓ Hipertensão Arterial Consulta de Psicologia Consulta de Podologia Consultas no Domicilio Consulta de Cessação Tabágica	Consulta Aberta Consulta Programada ✓ Saúde Adultos ✓ Saúde Infantil/Juvenil ✓ Saúde Materna ✓ Planeamento Familiar ✓ Diabetes ✓ Hipertensão Arterial Consulta de Psicologia Consulta de Nutrição Consultas no Domicilio
Referenciação para outras instituições de saúde	Centro Hospitalar do Porto: ✓ Hospital de Santo António; ✓ Maternidade Júlio Dinis; ✓ Hospital Central Especializado de Crianças Maria Pia Hospital Magalhães Lemos; Hospital da Prelada; Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE; Hospital Joaquim Urbano.	Centro Hospitalar do Alto Ave Hospital de Fafe

Tabela 1. Recursos humanos e informáticos, tipo de consultas e referenciação para outras instituições de saúde das US. *não estão em tempo integral (com contrato de tarefa em regime part-time).

	CSSJ	USFS
Nº de Médicos	10	6
Nº de Utentes	20055	10804
Ratio Médico/Utente	1/2005	1/1801

Tabela 2. Ratio Médico/Utente.

ESTUDO DEMOGRÁFICO

Segundo os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) 2009, a população residente no concelho do Porto é de 210558 habitantes com uma densidade populacional (DP) de 5099,8 Hab./Km²; o concelho de Fafe tem 53603 habitantes e uma DP de 244,7 Hab./Km². Estes dados são concordantes com o restante território nacional, onde se verificam DP mais elevadas nos meios urbanos.

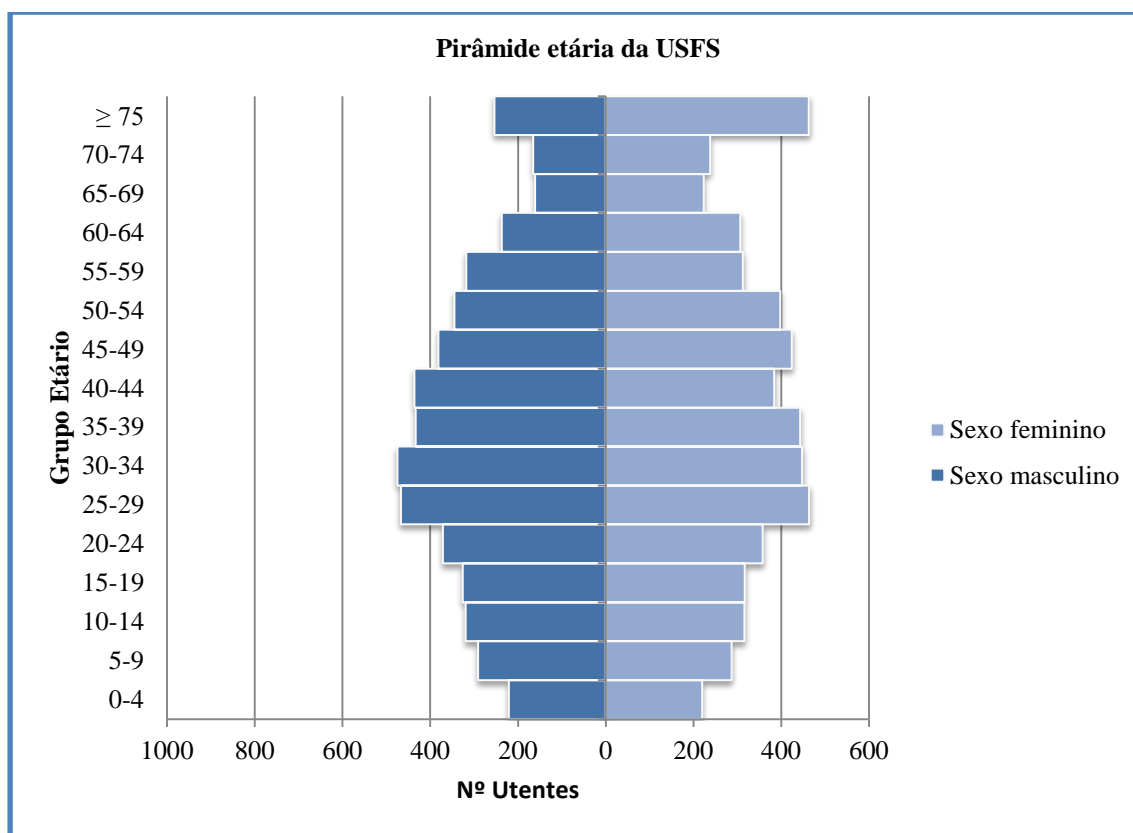


Gráfico 1. Pirâmide etária da USFS.

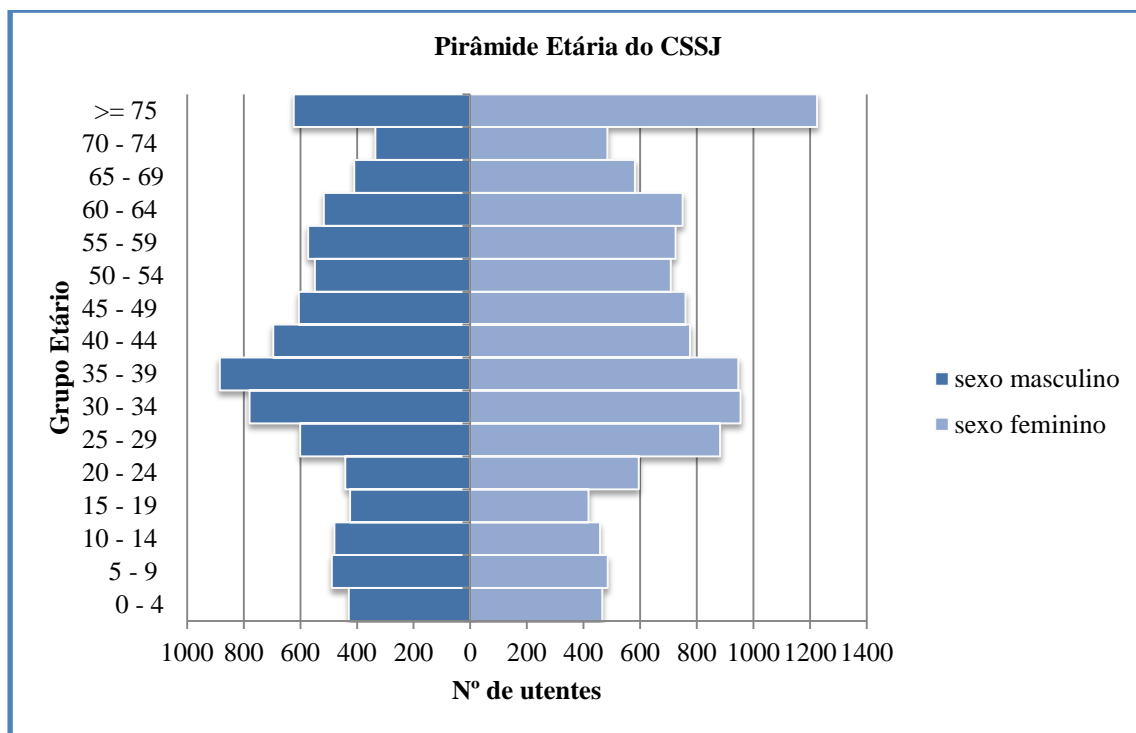


Gráfico 2. Pirâmide etária do CSSJ.

Através da análise comparativa das pirâmides etárias (Gráficos 1 e 2), verifica-se que a faixa etária predominante no CSSJ é a dos 35-39 anos, no sexo masculino, e ≥ 75 anos, no sexo feminino. Na USFS é a dos 30-34 anos para o sexo masculino e a dos 25-29 anos para o sexo feminino. Verifica-se um alargamento mais acentuado do topo da pirâmide do CSSJ, reflectindo o maior envelhecimento desta população. Relativamente à predominância de géneros, o sexo feminino predomina em ambas as US, sendo a diferença mais ténue na USFS. A Relação de Masculinidade (quociente entre os indivíduos do sexo masculino e feminino) é 78,7% no CSSJ e 92,8% na USFS.

O Índice de Envelhecimento (IE), apresentado no gráfico 3, representa a relação entre a população idosa e a população jovem, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos é no CSSJ 130,3% e na USFS 91%. Os idosos representam 18,3% dos inscritos no CSSJ e 13,9% na USFAF.

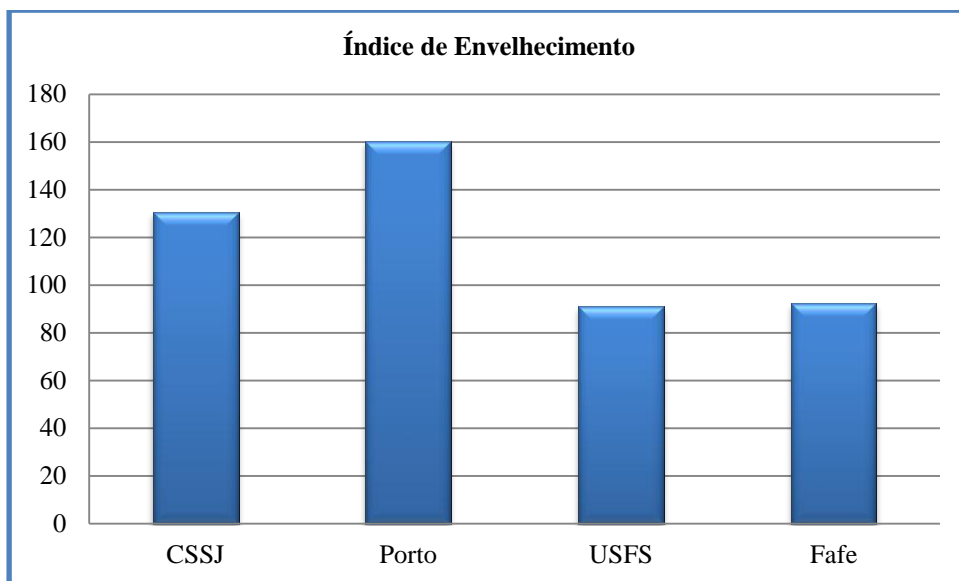


Gráfico 3. Índice de Envelhecimento. Fonte INE 2009.

Verifica-se uma Taxa Bruta de Natalidade (Gráfico 4) superior no concelho do Porto comparativamente ao concelho de Fafe. O concelho do Porto apresenta uma Taxa Bruta de Mortalidade superior à registada na Região Norte e no Continente. O concelho de Fafe apresenta uma Taxa Bruta de Mortalidade inferior relativamente à cidade do Porto e à média nacional (Gráfico 4).

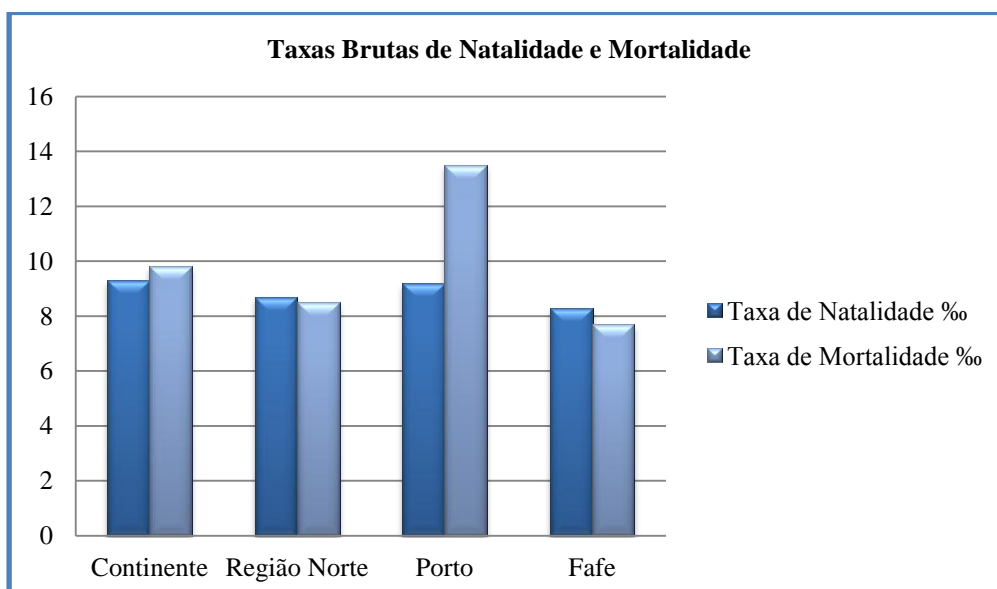


Gráfico 4. Taxas Brutas de Natalidade e Mortalidade. Fonte INE 2009.

DESCRIÇÃO DAS ACTIVIDADES

SEMINÁRIOS

O Departamento de Clínica Geral, no início de cada módulo, apresentou um seminário destinado aos estudantes, tendo como objectivo apresentar as principais tarefas e competências a desenvolver durante o estágio. Os trabalhos propostos a realizar na valência urbana compreendem: uma reflexão (Apêndice VI), o registo de um dia de consulta (Apêndice IV) e ainda um folheto de Educação para a Saúde (Apêndice II). Para a valência rural foram indicados: registo de um dia de consulta (Apêndice IV), fluxograma (Apêndice V), colheita e elaboração de uma história clínica (Apêndice III).

Durante os seminários também foram abordados os Programas de Saúde estabelecidos a nível nacional, a abordagem ao doente em CSP e a organização geral dos CSP.

ACTIVIDADES NAS UNIDADES DE SAÚDE

VALÊNCIA URBANA

No módulo urbano, a minha tutora foi a Dra. Maria João Esteves, que se demonstrou sempre disponível e incansável em promover a minha formação o que facilitou a aquisição e a consolidação dos meus conhecimentos.

Durante o estágio tive a oportunidade de assistir às diferentes consultas, onde procedi à colheita da anamnese, realizei exame físico e registei os dados nos programas informáticos. Realizei também uma visita domiciliária com a minha tutora, experiência que foi muito enriquecedora. Tive também oportunidade de participar em todas as actividades realizadas pela equipa de enfermagem.

VALÊNCIA RURAL

No módulo rural, a minha tutora foi a Dra. Albertina Sousa, que se revelou sempre disponível, pronta a tirar dúvidas promovendo de forma positiva o meu estágio na USFS.

Tive a oportunidade de assistir a várias consultas, em diferentes áreas tais como: Saúde Materna e Infantil, Saúde do Adulto e Saúde do Idoso. Colaborei com as equipas de enfermagem na administração de vacinas, monitorização de sinais vitais, cuidados de penso, visitas ao domicílio e sempre que possível educação para a saúde.

Tive a oportunidade de assistir a alguns períodos de consulta de nutrição realizada pela Dra. Dulce Lemos. Na sua grande maioria, estas consultas são motivadas por problemas de obesidade, mas também por outras patologias como Diabetes Mellitus (DM). A observação destas consultas revelou-se muito útil, pois permitiu-me reforçar os conhecimentos sobre o aconselhamento para uma alimentação saudável, e elucidar quanto ao modo de calcular as doses dietéticas caso a caso. Para além disso permitiu-me estabelecer contacto com uma profissional de saúde fundamental no auxílio da prática clínica de um Médico de Família (MF), com quem será necessário comunicar e discutir casos clínicos.

Na USFS foi-me dada a oportunidade de participar numa intervenção populacional em crianças com idades compreendidas entre os 6 e os 9 anos, no contexto de um trabalho de investigação sobre Obesidade Infantil que está a ser desenvolvido na respectiva USF. O aumento da obesidade em crianças é preocupante, uma vez que é factor de risco para a obesidade na vida adulta e quanto mais tempo o indivíduo permanece obeso, maior a probabilidade de ocorrerem complicações, assim como mais precocemente. Foi-me dada a informação que este projecto de investigação surgiu no contexto da escassez de informação descritiva relativa a consumos alimentares da população infantil portuguesa e da urgência na implementação de estratégias que previnam ou reduzam a incidência e prevalência de obesidade em Portugal, procurando a implementação de um Programa de Combate à Obesidade Infantil passível de ser executado a nível dos CSP na Região Norte.

VISITA À ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE PAIS E AMIGOS DO CIDADÃO DEFICIENTE MENTAL (APPACDM)

No dia 07/10/10, durante a valência urbana, foi agendada uma visita à APPACDM.

Esta associação é uma instituição particular de solidariedade social sem fins lucrativos, tendo como objectivos a promoção da integração do cidadão com deficiência mental e a defesa das suas necessidades.

A APPACDM é constituída por cinco unidades complementares: a Unidade de Intervenção Precoce (UIP), a Unidade Sócio- Educativa (USE), os Centros de Actividades Ocupacionais (CAO) nas suas vertentes ocupacional e produtiva, a Pousada dos Rouxinóis e as Residências. Durante a visita tive oportunidade de interagir com alguns dos utentes, nomeadamente aqueles com atrasos menos profundos do desenvolvimento.

Esta experiência providenciou uma oportunidade única para me sensibilizar e dar a conhecer os esforços enveredados para garantir a integração social dos cidadãos com deficiência mental. Desta forma, elucidou-me acerca da função social destas instituições como complementares ao esforço da Medicina.

TRABALHO COMPLEMENTAR

No apêndice VII encontra-se descrito o trabalho complementar realizado durante o estágio. Este visou a avaliação da qualidade de vigilância do doente com DM2.

CONCLUSÃO

A MGF é uma especialidade abrangente por excelência que se centra na Pessoa, na Família e na Comunidade. O estágio em MC durante quatro semanas permitiu-me um contacto mais aprofundado e realista sobre os CSP e o SNS.

Foi-me dada a oportunidade de lidar com uma multiplicidade de patologias o que permitiu a consolidação de conhecimentos e o desenvolvimento de aptidões técnicas essenciais a qualquer médico. Para além disso, este estágio proporcionou a integração numa equipa multidisciplinar, o treino da capacidade de trabalho em equipa e o desenvolvimento da autonomia. A excelente organização da disciplina de MC, bem como a colaboração dos orientadores de estágio, tornaram possível a concretização dos objectivos propostos.

Foi uma experiência muito gratificante e enriquecedora para a minha formação pessoal e profissional que em nada desiludiu as minhas expectativas, o que em grande parte se deve aos bons exemplos das instituições de CSP em que estive, bem como aos excelentes profissionais de saúde com que contactei.

Os conhecimentos da Medicina são mutáveis e numerosos o que implica uma aprendizagem contínua ao longo da vida.

BIBLIOGRAFIA

1. Allen J., Gay B., Crebolder H., Heyrman J., Svab I., Ram P. A Definição Europeia de Medicina Geral e Familiar. WONCA Europa; Barcelona, Espanha: 2002.
2. Baganha MI., Ribeiro JS., Pires S. O sector da saúde em Portugal: funcionamento do sistema e caracterização sócio-profissional.
3. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Sistema de Saúde Português – Riscos e Incertezas. Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra. 2008.
4. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Desafios em Tempos de Crise. Relatório de Primavera 2010.
5. Coelho A., Costa L., Morais LF. Administração Pública e reforma da saúde. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. 2004.
6. Biscaia, AR, Martins, JN, Carreira, MF, Gonçalves, IF, Antunes, AR, Ferrinho, P. Cuidados de Saúde Primários em Portugal – Reformar para Novos Sucessos. 1ª Edição. Lisboa: Abril 2006.
7. Organização Mundial de Saúde. The World Health Report 2008: Primary Health Care Now More Than Ever. 2008.
8. Declaração de Alma – Ata, Declaração de Edimburgo e Objectivos de Desenvolvimento do Milénio – WEB.
9. Hespanhol, AP, Couto, L, Martins, C, Viana, M. Educação para a Saúde e Prevenção na Consulta de Medicina Geral e Familiar (I). Rev Port Clin Geral 2009; 25: 236-241.
10. Hespanhol, AP, Couto, L, Martins, C, Viana, M. Educação para a Saúde e Prevenção na Consulta de Medicina Geral e Familiar (II). Rev Port Clin Geral 2009; 25: 242-252.
11. Hespanhol, AP, Couto, L, Martins, C. A Medicina Preventiva. Rev Port Clin Geral 2008; 24: 49-64.
12. Hespanhol, AP, Pinto, AS. Cinco Anos do Centro de Saúde S.João “Tubo de Ensaio”. Arquivos de Medicina 2005; 19 (3): 103-111.
13. Hespanhol, AP, Pinto, AS, Malheiro, A. O Projecto “Tubo de Ensaio”. Breve História do Centro de Saúde S.João. Rev Port Clin Geral 2002; 18: 171-186.
14. Instituto Nacional de Estatística. Anuário de Estatística da Região Norte 2009. Portugal. INE; 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE I – CRONOGRAMA DO ESTÁGIO

Módulo Urbano: Centro de Saúde São João

	27/09/2010	28/09/2010	29/09/2010	30/09/2010	01/10/2010
Manhã	Seminário	Consulta Programada	Procedimentos de Enfermagem, Consulta Aberta	Consulta Programada	Consulta Programada, Consulta Aberta
Tarde	Consulta Aberta, Consulta Programada				

	04/10/2010	05/10/2010	06/10/2010	07/10/2010	08/10/2010
Manhã	Consulta Programada	Consulta Programada, Procedimentos de Enfermagem	Consulta Programada, Consulta Aberta	Visita à APPACDM	Consulta Programada, Consulta Aberta
Tarde	Consulta Aberta, Consulta Programada, Visita ao Domicilio				

Módulo Rural: Unidade de Saúde Familiar Fafe Sentinela

	11/10/2010	12/10/2010	13/10/2010	14/10/2010	15/10/2010
Manhã	Seminário	Consulta de Saúde de Adultos, Consulta Aberta	Consulta de Saúde Infantil e Juvenil, Consulta Aberta	Consulta de Diabetes, consulta geral, Consulta Aberta	Consulta de Saúde Materna, Consulta Geral, Consulta Aberta
Tarde	Procedimentos de Enfermagem				

	18/10/2010	19/10/2010	20/10/2010	21/10/2010	22/10/2010
Manhã	Visita ao Domicilio	Consulta de Saúde de Adultos, Consulta Aberta	Consulta de Saúde Infantil e Juvenil, Consulta Aberta	Consulta de Diabetes, consulta geral, Consulta Aberta	Consulta de Saúde Materna, Consulta Geral, Consulta Aberta
Tarde	Consulta Aberta, Consulta de HTA	Procedimentos de Enfermagem, Sessão de intervenção-Obesidade Infantil.			

APÊNDICE II – FOLHETO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

► O que é a Diabetes?

É uma doença crónica causada pela falta ou pela ineficácia de insulina, que resulta na elevação anormal da glicose no sangue.

O que é a Glicose?

É a forma mais simples de açúcar. A glicose que circula no sangue (glicemia) vem dos alimentos que comemos e sempre que nos mexemos queimamos glicose para obter energia.

Valores da Glicemia:

Normal - 70 a 110 mg/dl

Intolerância à glicose (pré-diabetes)

- 111 a 125 mg/dl

Diabetes - glicemia em jejum \geq 126 mg/dl (em 2 análises)



Não esqueça...

Cuidados com os pés... fundamental uso de calçado apropriado e sempre meias de algodão sem costuras; observe os pés todos os dias; lave os pés todos os dias sem os "pôr de molho", seque-os muito bem e aplique creme hidratante.

Seja cuidadoso com a medicação (inclui alimentação e exercício físico)

Vigie a glicemia (açúcar no sangue) e registre os valores em diferentes alturas do dia. Traga os registos a todas as consultas.

Vigie a Tensão Arterial

Para ter uma vida longa e sem complicações após o diagnóstico de diabetes é preciso adoptar

Habitos Saudáveis...

► Conheça a doença!



U. PORTO
FMUP FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Informe-se com o seu médico

► Complicações

Níveis elevados de glicose no sangue ao longo dos anos provocam lesões nos olhos, pés, rins, vasos, coração e sistema nervoso (perda de sensibilidade).

Complicações Agudas



Hipoglicemia

Quer dizer açúcar muito baixo no sangue (<75 mg/dl). Pode surgir por falta de uma refeição ou excesso de medicação.

Quando graves podem levar ao coma, mas antes o corpo dá alguns **sinais**: suores frios, fome despropositada, tremores, palidez, fraqueza, palpitações, irritabilidade, visão turva, formigamentos nos pés e mãos, alterações da consciência.

Tratamento correcto

Inclui, além dos medicamentos:

1. Alimentação equilibrada
Os alimentos devem ser variados e distribuídos por várias refeições ao longo do dia (3 principais e 3 lanches).

Evitar doces, açúcar (usar adoçantes artificiais), sumos de pacote, fritos, gorduras, molhos e álcool.
Preferir cozidos e grelhados, acompanhar sempre de legumes, hortaliças ou saladas e apenas uma pequena porção de arroz, batata ou massa. Comer o pão e a fruta no intervalo das refeições principais. Preferir azeite para temperar e cozinhar. Beber 1,5l de água por dia.



2. Exercício físico

Trinta minutos de exercício moderado (andar a pé, de bicicleta, nadar) 2 vezes por dia (de preferência depois das refeições principais e nunca em jejum) ajudam a controlar a diabetes.



APÊNDICE III – HISTÓRIA CLÍNICA

RECOLHA DE INFORMAÇÃO

Local de realização da história clínica: Unidade de Saúde Familiar Fafe Sentinela.

Data de colheita de história clínica: 21 de Outubro de 2010.

Fonte e fiabilidade da informação: informação fornecida pela própria doente, que se mostrou colaborante e disponível. Informação aparentemente fiável e fidedigna.

DADOS DE BASE

Identificação

Nome: A.F.C.

Nº de utente: 194176553

Sexo: feminino

Data de nascimento: 24/04/1943

Idade: 67 anos

Raça: caucasiana

Estado civil: viúva

Profissão: reformada da profissão de doméstica.

Naturalidade: Fornelos – Fafe

Residência: Fornelos – Fafe

ANTECEDENTES PESSOAIS

Doenças Prévias

- Ⓢ Varicela na infância. Desconhece outras doenças da infância.
- Ⓢ Diabetes Mellitus tipo 2 diagnosticado aos 51 anos.
- Ⓢ HTA essencial diagnosticada aos 64 anos.
- Ⓢ Dislipidemia desde os 64 anos.
- Ⓢ Patologia Osteoarticular.
- Ⓢ Infecção pós traumática da pele em Setembro de 2008.

Acidentes

- Ⓢ Queda de escadas em Junho de 2007 com fractura da cabeça do fémur.

Intervenções Cirúrgicas

- Ⓢ 2007 – Correção cirúrgica da fractura da cabeça do fémur.

História Ginecológica

- Ⓢ Menarca aos 17 anos.
- Ⓢ Cataménios de 5 dias e interlúnios de 28 dias. Ciclos regulares.
- Ⓢ Coitarca aos 21 anos.
- Ⓢ Nunca recorreu a métodos contraceptivos.
- Ⓢ Menopausa aos 51 anos. Não efectuou terapêutica hormonal de substituição.
- Ⓢ Nega infecções urinárias de repetição, vulvovaginites, doença inflamatória pélvica, doenças sexualmente transmissíveis e outras doenças do foro ginecológico.

História Obstétrica

- Ⓢ 1G1P0AE
- Ⓢ Gravidez aos 39 anos; gravidez sem intercorrências. Parto eutócico.

Hábitos e factores de risco

- Ⓢ Nega hábitos tabágicos e hábitos alcoólicos.
- Ⓢ Nega consumo de drogas.
- Ⓢ Alimentação: 3 refeições por dia (pequeno almoço, almoço e jantar). Nega preferência por carne ou peixe. Refere consumo de fritos e consumo reduzido de frutas e vegetais. Nega restrição salina.
- Ⓢ Nega prática de exercício físico regular.
- Ⓢ Nega transfusões sanguíneas prévias.
- Ⓢ Desconhece grupo sanguíneo.
- Ⓢ Nega alergias alimentares, medicamentosas e outras.
- Ⓢ Nega viagens recentes
- Ⓢ PNV actualizado.

Medicação Habitual

- Ⓢ Gliclazida, Diamicron® LM 30 mg
- Ⓢ Ácido acetilsalicílico, Tromaly® 150 mg
- Ⓢ Losartan + Hidroclorotiazida GP 50 mg + 12,5 mg
- Ⓢ Metformina + Sitagliptina, Janumet® 850mg + 50 mg

O doente refere não estar a cumprir a medicação.

Antecedentes Familiares

- Ⓢ Pai – faleceu aos 67 anos, a doente desconhece a causa. DM tipo 2.
- Ⓢ Mãe – faleceu aos 86 anos, a doente desconhece a causa. HTA.
- Ⓢ 6 Irmãos que a doente refere serem todos saudáveis.
- Ⓢ Nega outros antecedentes de relevo.

História Social e Profissional

- Ⓢ A doente completou o 4º ano de escolaridade. Começou a trabalhar aos 13 anos de idade, como empregada doméstica, em Guimarães. Trabalhou sempre como empregada doméstica. Reformou-se aos 57 anos de idade.
- Ⓢ Vive com o seu filho. É católica.

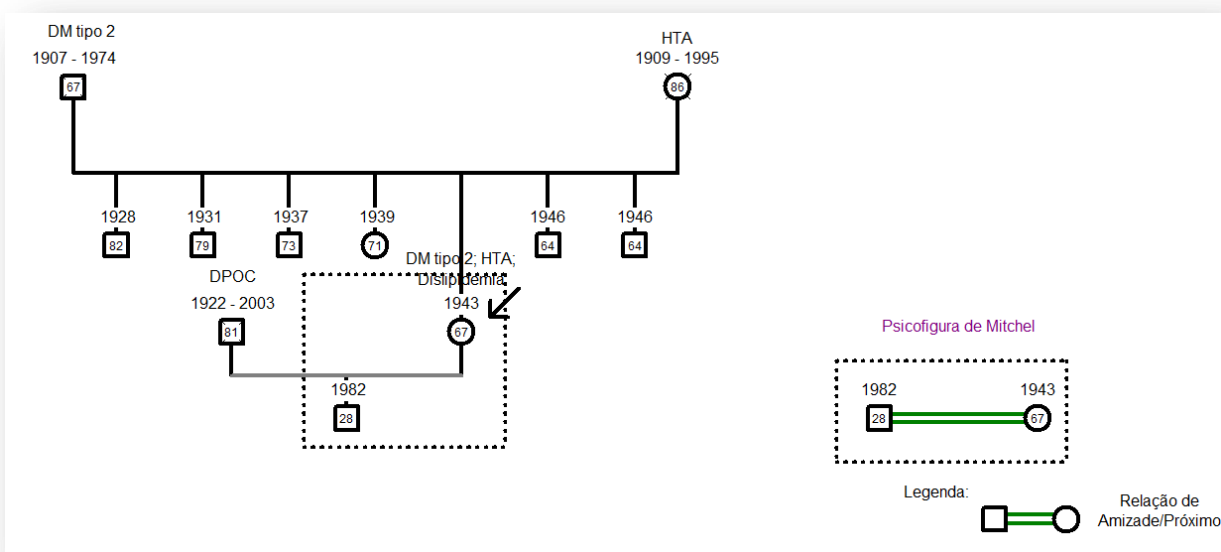
BIOPATOLOGIA

DATA	EVENTO
24/04/1943	Nasceu na freguesia de Fornelos (concelho de Fafe) 5ª filha de um casal de agricultores.
1946	Nascimento dos seus 2 irmãos gémeos.
1947	Varicela
1949	Iniciou o ensino primário com 6 anos de idade, tendo completado o 1º ciclo (4ª classe). Foi boa aluna e manteve sempre boa relação com os colegas e professores. Não prosseguiu os seus estudos por falta de recursos financeiros. Refere dificuldades financeiras na infância, mas considera ter sido uma fase da vida muito feliz.
1956	Começa a trabalhar, aos 13 anos de idade, como empregada doméstica.

	Teve boa relação com a família para a qual trabalhava, mantendo ainda hoje uma relação de amizade.
1960	Menarca
1971	Começou a namorar
1974	Pai faleceu com 67 anos. Desconhece a causa. Luto.
1981	Casamento
1982	Nascimento do 1º e único filho. Gravidez desejada e sem intercorrências. Actualmente o filho tem 28 anos, é solteiro. Reside com a mãe em Fornelos.
1994	Diagnóstico de DM tipo 2 Menopausa
1995	Mãe faleceu com 86 anos. Desconhece a causa. Luto.
2000	Reformada
2003	Marido faleceu. DPOC grave. Luto
2007	Diagnóstico de HTA e Dislipidemia
2007	Queda de escadas. Correção cirúrgica de fractura da cabeça do fémur
2008	Infeção traumática da pele

ABORDAGEM FAMILIAR

Genograma Familiar



Índice de Graffar adaptado

A Classificação de Graffar tem como objectivo o estudo de cinco características sociais da família: a **profissão**, o **nível de instrução**, as **fontes de rendimento familiar**, o **conforto do alojamento** e o **aspecto do local onde o agregado familiar reside**.

Classificar-se-ão os familiares em cinco categorias:

1. A Profissão

1º Grau (1Ponto): Directores de bancos, directores técnicos de empresas, licenciados, engenheiros, profissionais com títulos universitários ou de escolas especiais e militares de alta patente

2º Grau (2Pontos): Chefes de secções administrativas ou negócios de grandes empresas, subdirectores de bancos, peritos, técnicos e comerciantes

3º Grau (3Pontos): Ajudantes técnicos, desenhadores, caixeiros, contra-mestres, oficiais de primeira, encarregados capatazes e mestres de obras.

4º Grau (4Pontos): Ensino primário completo. Motoristas, polícias, cozinheiros, (operários especializados), etc.

5º Grau (5Pontos): Jornaleiros, mandaretas, ajudantes de cozinha, mulheres de limpeza, (trabalhadores manuais ou operários não especializados)

2. O Nível de Instrução

1º Grau (1Ponto): Ensino universitário ou equivalente (+12 anos de estudo)

2º Grau (2Pontos): Ensino médio ou técnico superior (10 a 11 anos de estudo)

3º Grau (3Pontos): Ensino médio ou técnico superior (8 a 9 anos de estudo)

4º Grau (4Pontos): Ensino primário completo (6 anos de estudo)

5º Grau (5Pontos): Ensino primário incompleto ou nulo

3. Fontes de Rendimento Familiar

1º Grau (1Ponto): A fonte principal é a fortuna herdada ou adquirida

2º Grau (2Pontos): Os rendimentos consistem em lucros de empresas, altos honorários, lugares bem remunerados

3º Grau (3Pontos): Os rendimentos correspondem a um vencimento mensal fixo. Tipo funcionário

4º Grau (4Pontos): Os rendimentos resultam de salários, ou seja remuneração por semana, por jorna, por horas ou tarefa

5º Grau (5Pontos): O indivíduo ou a família são sustentados pela beneficência pública ou privada. Não se incluem neste grupo, as pensões de desemprego ou de incapacidade para o trabalho

4. Conforto do Alojamento

1º Grau (1Ponto): Casas ou andares luxuosos e muito grandes, oferecendo aos seus moradores o máximo conforto

2º Grau (2Pontos): Categoria intermédia: casas ou andares que sem serem tão luxuosos como os da categoria precedente, são, não obstante, espaçosos e confortáveis

3º Grau (3Pontos): Casa ou andares modestos, bem construídos e em bom estado de conservação, bem iluminadas e arejadas com cozinha e casa de banho

4º Grau (4Pontos): Categoria intermédia entre 3 e 5

5º Grau (5Pontos): Alojamentos impróprios para uma vida decente

5. Aspecto do Bairro habitado

- 1º Grau** (1Ponto): Bairro residencial elegante, onde o valor do terreno ou dos alugueres são elevados
- 2º Grau** (2Pontos): Bairro residencial bom, de ruas largas, com casas confortáveis e bem conservadas
- 3º Grau** (3Pontos): Ruas comerciais ou estreitas e antigas, com casas de aspecto geral menos confortável
- 4º Grau** (4Pontos): Bairro operário populoso, mal arejado ou bairro em que o valor do terreno está diminuído como consequência da proximidade de oficinas, fábricas, estações de caminho de ferro
- 5º Grau** (5Pontos): Bairros de lata

Classificação Social

Classe I	Famílias cuja soma de pontos vai de 5 a 9 (classe alta)
Classe II	Famílias cuja soma de pontos vai de 10 a 13 (classe média alta)
Classe III	Famílias cuja soma de pontos vai de 14 a 17 (classe média)
Classe IV	Famílias cuja soma de pontos vai de 18 a 21 (classe média baixa)
Classe V	Famílias cuja soma de pontos vai de 22 a 25 (classe baixa)

Graffar para o agregado familiar apresentado

Profissão **5 pontos**

Doente: Reformada, ex-empregada doméstica

Nível de Instrução..... **5 pontos**

Fontes de rendimentos familiar **4 pontos**

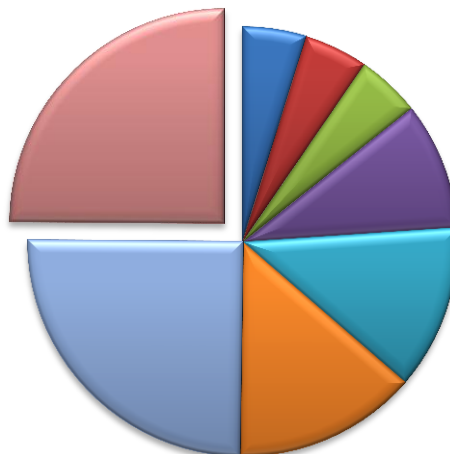
Conforto do Alojamento **4 pontos**

Aspecto do Bairro Habitado **3 pontos**

Conclusão

O agregado familiar pertence à classe de Graffar IV (21 pontos) – classe média baixa.

Ciclo de Vida Familiar de Duvall:



O agregado familiar da doente encontra-se no Estadio VIII, que corresponde a progenitores na terceira idade (desde a reforma à morte dos dois elementos).

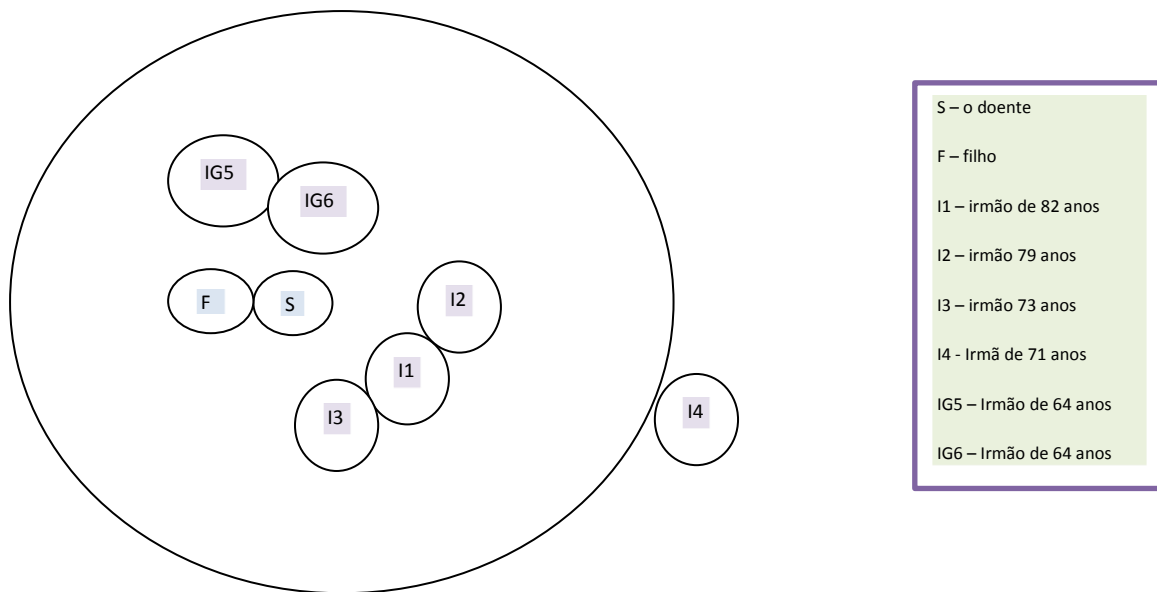
Apgar Familiar de Smilkstein:

Funções da Família	Grau de satisfação	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
Adaptação	Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.	X		
Relação	Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.		X	
Crescimento	Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida.	X		
Afecto	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		
Decisão	Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.		X	

Total = Quase sempre: 2 pontos; Algumas vezes 1 ponto; Quase nunca 0 pontos.

A família da doente tem uma pontuação correspondente de 8 pontos, o que representa uma família altamente funcional.

Círculo Familiar de Thrower



A doente não integra a sua irmã no círculo, pois mantém uma relação de desprezo e afastada com este elemento da família. Relativamente aos restantes membros da família a doente integra-os dentro do círculo e considera ter uma óptima relação com o filho e com os seus dois irmãos gémeos. Relativamente aos restantes irmãos, refere ter uma relação próxima com eles.

Avaliação do risco familiar

Foram estabelecidos vários critérios, segundo diferentes autores que visam determinar qual o risco da família.

Crítérios de Risco Familiar de Imperatori

Famílias Vulneráveis

- I.** Famílias compostas por pais jovens e filhos pequenos que moram todos num quarto alugado.
- II.** Famílias cuja dinâmica de relação esteja alterada e em que, pelo menos, metade dos seus filhos, estejam sujeitos a insucesso escolar.
- III.** Famílias que solicitam em excesso cuidados do Centro de Saúde.
- IV.** Famílias cujos membros, na sua totalidade, ou na grande maioria, compartilhem um factor de risco comum (fumadores, obesos ou alcoólicos).
- V.** Famílias, nas quais um membro seja centro da atenção dos outros e que, por isso, altere relações intra-familiares (deficiente mental ou físico que não é aceite, pai alcoólico, etc).
- VI.** Famílias que, pelos seus antecedentes familiares, estejam sujeitas a um risco mais elevado de padecer de determinado tipo de doenças embora essas doenças não estejam presentes na actualidade.

A família do doente não se inclui em nenhum dos casos previamente mencionados. Segundo esta classificação é uma *família de baixo risco familiar*.

Crítérios de Segóvia e Dreyer

1 ponto	2 pontos
Morbilidade Crónica	Alcoolismo
Invalidez	Droga
Hospitalizações frequentes	Desnutrição
Mãe analfabeta	Ausência de um dos pais
Chefe de família desempregado	Pais analfabetos
Ausência temporária de um dos pais	Apgar familiar < 4
Chefe de família com emprego temporário	Filho deficiente
<u>Morte de pai ou mãe</u>	Chefe de família preso
	Filho com carências afectivas graves

Segundo estes critérios, a família seria considerada de **baixo risco**.

ESCALA DE READAPTAÇÃO SOCIAL DE HOLMES E RAHE

Nº	ACONTECIMENTO	Valor Médio
1	Morte do cônjuge	100
2	Divórcio	73
3	Separação conjugal	65
4	Saída da cadeia	63
5	Morte de familiar próximo	53
6	Acidente ou doença grave	53
7	Casamento	50
8	Despedimento	47
9	Reconciliação conjugal	45
10	Reforma	45
11	Doença grave de família	44
12	Gravidez	40
13	Problemas sexuais	39
14	Aumento do agregado familiar	39
15	Readaptação Profissional	39

16	Mudança da situação económica	38
17	Morte de um amigo íntimo	37
18	Mudança no tipo de trabalho	36
19	Alteração do nº de discussões com o cônjuge	35
20	Contrair um grande empréstimo	31
21	Acabar de fazer um grande empréstimo	30
22	Mudanças de responsabilidade no trabalho	29
23	Filho que abandona o lar	29
24	Dificuldades com a família do cônjuge	29
25	Acentuado sucesso pessoal	27
26	Cônjuge que inicia/termina emprego	26
27	Início ou fim de escolaridade	26
28	Mudança nas condições de vida	25
29	Alteração dos hábitos pessoais	24
30	Problemas com o patrão	23
31	Mudança de condições ou hábitos de trabalho	20
32	Mudança de residência	20
33	Mudança de escola	19
34	Mudança de diversões	18
35	Mudança de actividades religiosas	19
36	Mudança de actividades sociais	18
37	Contrair uma pequena dívida	17
38	Mudança dos horários de sono	16
39	Mudança no número de reuniões familiares	15
40	Mudança de hábitos alimentares	15
41	Férias	13
42	Natal	12
43	Pequenas transgressões à Lei	11

A doente não apresenta nenhuma destas situações no último ano, pelo que tem pontuação correspondente de 0, o que significa um risco baixo de desenvolver uma doença psicossomática.

FOLHA DE CONSULTA

S. Subjectivo

Ⓢ Consulta de vigilância do doente diabético. O doente não tem queixas.

O. Objectivo

Exame Objectivo

Estado Geral

Doente consciente, colaborante, orientada no espaço e no tempo. Idade aparente coincidente com idade real. Bom estado geral. Sem sinais de sofrimento agudo ou crónico.

Pele e mucosas hidratadas e coradas. Escleróticas anictéricas. Ausência de cianose central ou periférica. Sem edemas evidentes.

Parâmetros antropométricos

Peso: 81,9 Kg

Altura: 1,52 m

Índice de Massa Corporal: 35,4 Kg/m²

Perímetro Abdominal: 94 cm

Parâmetros Vitais

Tensão Arterial: 137/80 mmHg

Frequência Cardíaca: 74 bpm

Frequência Respiratória: 18 cpm

Temperatura axilar: 36,2°

Auscultação Pulmonar

Sons respiratórios presentes bilateralmente, de intensidade normal e simétricos. Razão inspiração/expiração normal. Sem sibilos, roncos, crepitações ou outros ruídos adventícios.

Auscultação Cardíaca

S1 e S2 presentes de intensidade normal. Sem S3 e S4. Sem sopros ou atrito pericárdico.

Abdómen

Inspeção: abdómen de configuração normal, móvel com os movimentos respiratórios. Sem circulação colateral venosa. Sem peristaltismo e pulsatilidades visíveis. Sem massas e cicatrizes. Sem rarefacção pilosa. Pigmentação normal.

Auscultação: ruídos hidroaéreos de intensidade e localização normal; sem sopros.

Percussão: macicez entre o 6º espaço intercostal e bordo inferior da grade costal; restantes áreas com timpanismo.

Palpação: fígado e baço não palpáveis; sem contractura; sem dor á palpação superficial e profunda; sem tumefacções, hérnias e adenomegalias palpáveis.

Exame Neurológico

Doente consciente; orientada no espaço e no tempo.

Linguagem normal

Sem alterações da função cerebelosa (ausência de dismetria na prova dedo-nariz).

Sem alterações dos nervos oculomotores

Membros

Tónus muscular normal

Preservação da força muscular

Exames complementares de diagnóstico

Estudo analítico anterior – Glicose em jejum* 360 mg/dl, HBA1C 10,1%* (* valores alterados).

A. Analítico

- Ⓢ Diabetes Mellitus mal controlada
- Ⓢ HTA sem complicações
- Ⓢ Alteração do metabolismo dos lipídeos.

Lista de Problemas:

Problemas Activos	Problemas Passivos
Diabetes Mellitus, desde 1994, mal controlada	Luto (morte do pai) em 1974
HTA desde 2007	Luto (morte da mãe) em 1995
Dislipidemia desde 2007	Luto (morte do marido) em 2003
	Infecção traumática da pele em 2008
	Relação disfuncional com a irmã

P. Plano Terapêutico

- Ⓢ Investir no reinício da medicação e explicar a sua importância.
- Ⓢ Reforço dos cuidados a ter com a alimentação.
- Ⓢ Promoção da modificação de estilos de vida.
- Ⓢ Marcação de nova consulta de vigilância.

COMENTÁRIO FINAL

A.F.C., sexo feminino, 67 anos, caucasiana, natural e residente de Fornelos concelho de Fafe, viúva, reformada.

Considera ter uma vida estável dentro das condições económicas que tem e considera ter um bom ambiente familiar.

O agregado familiar é constituído por si e pelo seu filho de 28 anos. Segundo a Classificação de Graffar, é uma família pertencente à classe média baixa, e segundo o APGAR familiar de Smilkstein trata-se de uma família altamente funcional.

Tem Diabetes Mellitus tipo 2, HTA essencial e dislipidemia, mal controladas, uma vez que a doente não aderiu à medicação. Tem antecedentes familiares de DM e de HTA.

O papel do médico de Medicina Geral e Familiar é fundamental no acompanhamento e na vigilância da doente e na promoção do seu bem-estar clínico. Neste caso em particular realça-se o papel preponderante do aconselhamento médico no recomeço da toma da terapêutica instituída.

BIBLIOGRAFIA

- Ⓢ Caeiro, RT. Registos Clínicos em Medicina Familiar. Instituto de Clínica Geral da Zona Sul. 1ª Edição, 1991. Édipo, edição electrónica, Lda.
- Ⓢ A Consulta: Uma Abordagem à Aprendizagem e Ensino - Edição do Departamento de Clínica Geral, Pendleton D., Schofield T., Tate P. e Havelock P. Porto, 1993.

APÊNDICE IV – REGISTO DE UM DIA DE CONSULTAS

URBANO

Data	Iniciais, Género, Idade	Motivo(s) da consulta	Problema(s) de Saúde	Referência para	Retorno de
30/09/2010	M.C.M.B.C.F; sexo feminino 69 anos	<ul style="list-style-type: none">⊕ Doente recorre à consulta por episódio de tontura, no dia anterior, associado a hipersudorese.⊕ Renovação da terapêutica.	<ul style="list-style-type: none">● HTA;● DM tipo 2;● Prolapso útero-vaginal;● Osteoartroses da coluna.		
30/09/2010	A.C.F.T; sexo feminino 24 anos	<ul style="list-style-type: none">⊕ Desde há 3 meses que apresenta tumefacção cervical esquerda.⊕ Doente recorre à consulta para mostrar resultados de ecografia mamária, que revelou a presença de mais uma tumefacção.⊕ Apresenta enxaqueca refractária à terapêutica.⊕ Prescrição de análises e nova ecografia mamária.	<ul style="list-style-type: none">● Asma● Enxaqueca	Referenciada para consulta de <u>Neurologia</u> no HSA, para estudo de enxaqueca.	

30/09/2010	A.M.O.S.C; sexo feminino 49 anos	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Recorre à consulta para mostrar resultado de análises. ⊕ Foi diagnosticada Diabetes Mellitus tipo 2 inaugural ⊕ Foram abordados vários assuntos de educação para a saúde, tais como, aconselhamento dietético, promoção de exercício físico. ⊕ Aconselhamento terapêutico ⊕ Prescrição de análises, ECG, Ecocardiograma. 	<ul style="list-style-type: none"> ● HTA; ● DM tipo 2; ● Gastrite; ● Obesidade. 		
30/09/2010	A.F.C.T; sexo feminino 36 anos.	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Recorre a consulta por amenorreia, foi excluída gravidez. ⊕ Vem mostrar resultados de ecografia pélvica que revelou presença de ovário esquerdo muito volumoso com múltiplos quistos. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Exérese de quisto ovárico direito multilobulado em 2004. 	Referenciada para consulta de <u>Ginecologia</u> , para estudo da amenorreia.	
30/09/2010	E.R.A; sexo feminino 80 anos	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Recorre à consulta por episódios frequentes de vómitos de conteúdo alimentar desde há 1 semana. ⊕ Reavaliação terapêutica 	<ul style="list-style-type: none"> ● Insuficiência Cardíaca II/IV ● HTA ● Gastrite ● Osteoartrose 		
04/10/2010	M.J.G.S.; sexo feminino 58 anos	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Doente com o diagnóstico de Carcinoma gástrico desde 22/09/2010. ⊕ Recorre à consulta para mostrar resultado dos exames complementares diagnóstico, pedidos para estadiamento do carcinoma, Rx tórax; TAC abdominal-superior. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Síndrome do Cólon Irritável; ● Doença do refluxo gastro-esofágico; ● Diverticulose do cólon; ● Hemorroides internas grau II; 	Referenciada para consulta urgente de <u>Cirurgia Geral</u> no HSA	

			<ul style="list-style-type: none"> ● Carcinoma Gástrico – Células em anel de sinete. 		
04/10/2010	M.A.C.P.R.; Sexo feminino 84 anos	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ ITUs de repetição ⊕ Recorre à consulta para mostrar resultados de análises/procedimentos (Bacteriológico de urina, ECG, Rx tórax, Osteodensitometria). 	<ul style="list-style-type: none"> ● Asma; ● Divertículo de Zenker; ● Insuficiência Cardíaca I/IV; ● Osteoartrose da Coluna; ● Osteoporose; ● Incontinência Urinária; ● Cataratas. 		
04/10/2010	M.A.A.; sexo masculino 82 anos	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Recorre à consulta para mostrar resultados de análises/procedimentos ⊕ Alterações funcionais do estômago - Queixas dispépticas 	<ul style="list-style-type: none"> ● Pace-maker definitivo por bloqueio A-V 1º grau; ● Cardiopatia Isquémica Crónica 		
04/10/2010	M.I.M.M.; sexo feminino 50 anos	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Recorre à consulta para mostrar resultados de análises; ⊕ Procedimentos Administrativos - prorrogação de incapacidade temporária 	<ul style="list-style-type: none"> ● Doença de Crohn; ● Hepatite Viral (portadora de hepatite B) ● Veias Varicosas nos Membros Inferiores ● Síndrome Vertiginoso 		
04/10/2010	P.M.M.P.; sexo masculino 32 anos	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Avaliação do estado de saúde geral; ⊕ Procedimentos Administrativos – prorrogação de incapacidade temporária. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Depressão reactiva; ● Ansiedade; ● Abuso Crónico do 	Referenciado para consulta de <u>Psicologia</u> , para orientação da	

			álcool.	sintomatologia em causa.	
04/10/2010	M.C.S.H.; sexo feminino 38 anos.	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Na sequência de Anemia a doente realizou análises clínicas. ⊕ Recorre a consulta para mostrar resultado das análises. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Rinite alérgica ● Alterações do metabolismo lipídico ● Exérese de cisto de Endometriose. 		
04/10/2010	M.C.C.A.R.; sexo feminino 36 anos	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Queixas de azia ⊕ Queixas osteoarticulares. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Enxaqueca ● Cervicodorsalgias, a doente encontra-se a fazer Osteopatia. 		
04/10/2010	M.F.D.C.; sexo feminino 48 anos	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Consulta de rotina para avaliação do estado de saúde geral ⊕ Requisição da vacina da gripe 	<ul style="list-style-type: none"> ● Bronquite crónica/ Bronquiectasias 	Referenciada para Cuidados de <u>Enfermagem</u> – administração de vacina da gripe.	
04/10/2010	S.M.D.A.G.; sexo feminino 14 anos	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Doente com tosse sem expectoração. ⊕ Solicita declaração para a escola por incapacidade para realizar a aula de Educação Física. ⊕ Requisição da Vacina da Gripe 	<ul style="list-style-type: none"> ● Miopia, astigmatismo 	Referenciada para Cuidados de <u>Enfermagem</u> – administração de vacina da gripe.	
04/10/2010	M.P.P.C.A.; sexo feminino 72 anos.	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Recorre à consulta para mostrar resultados de análises/procedimentos ⊕ Renovação da medicação. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Patologia linfática dos Membros inferiores ● Alterações do metabolismo lipídico ● Carcinoma Papilar da Tiróide 		Doente seguida na consulta de Endocrinologia no HVNG, devido a tiroidectomia, na sequência de carcinoma papilar

			<ul style="list-style-type: none">• Melanose Cólica• Osteoporose		da Tiróide.
--	--	--	---	--	-------------

RURAL

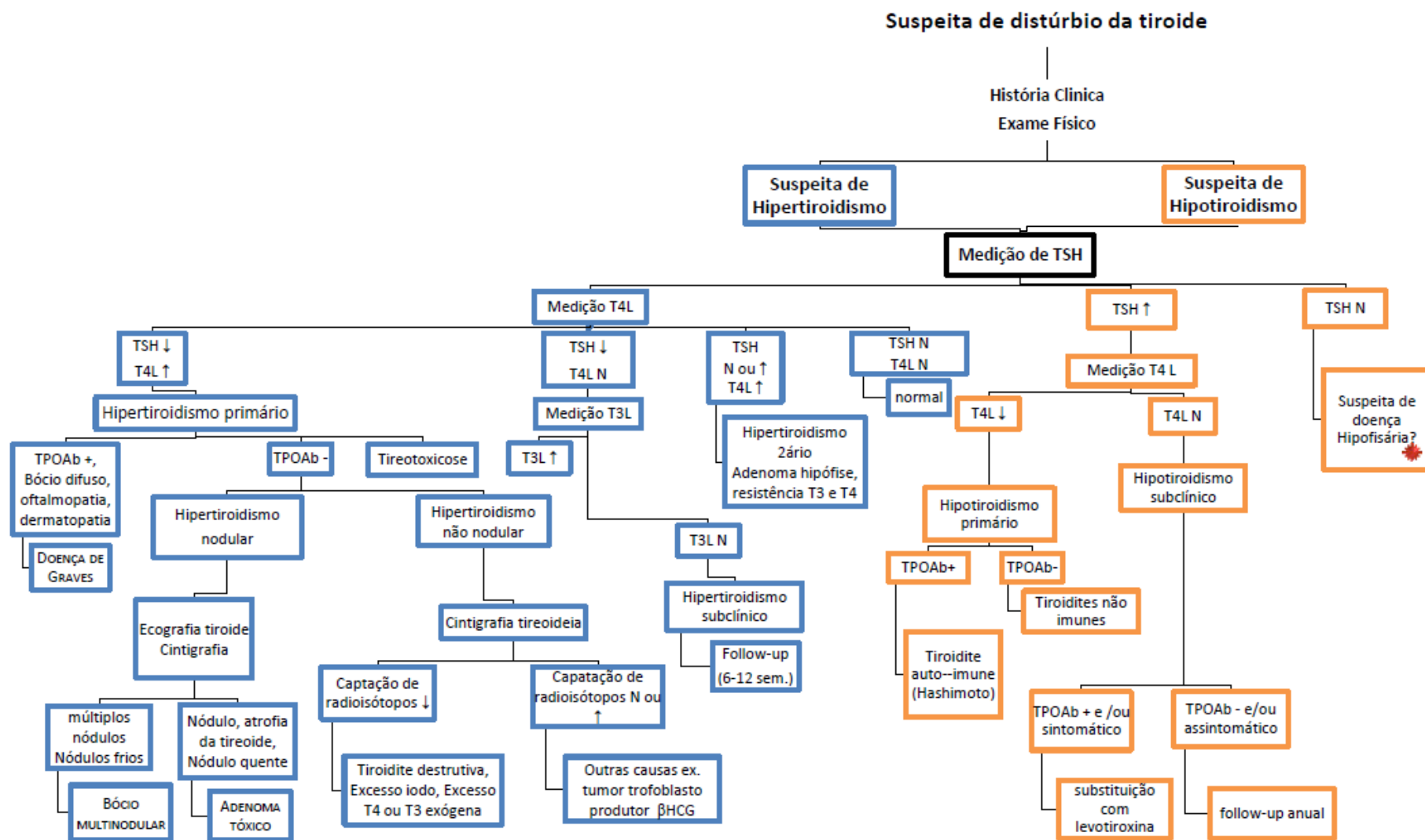
Data	Iniciais, Género, Idade	Motivo(s) da consulta	Problema(s) de Saúde	Referência para	Retorno de
18/10/2010	J.M.V; sexo masculino 29 anos.	<ul style="list-style-type: none">⊕ O doente recorre à consulta devido a sintomatologia de mau estar inespecífico desde há 1 semana.⊕ Doente durante a consulta revelou ansiedade, nervosismo.⊕ Procedimentos Administrativos – prorrogação de incapacidade temporária.	<ul style="list-style-type: none">● Ansiedade.● Perturbação do sono.		
18/10/2010	A.F.; sexo feminino 83 anos.	<ul style="list-style-type: none">⊕ Doente recorre à consulta por sintomatologia compatível com síndrome gripal: tosse, febre, arrepios, otalgia.	<ul style="list-style-type: none">● Sinusite Crónica;● HTA● Neoplasia do aparelho digestivo em 2007.● Flebite e tromboflebite em 2009.● Cataratas desde Janeiro de 2008.		

18/10/2010	P.A.G.V.; sexo masculino 27 anos	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Recorre a consulta por persistência de dores epigástricas e abdominais desde há 15 dias. Associados a náuseas e vômitos. ⊕ Refere que no dia anterior recorreu ao SU de Guimarães, onde fez análises e Rx abdominal, não tendo sido identificadas quaisquer alterações. ⊕ No SU foi aconselhado a realizar EDA e ecografia abdominal, pede esclarecimento de dúvidas. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Bócio 		Retorno do SU de Guimarães para realização de EDA e ecografia abdominal.
18/10/2010	M.A.C.C.S.; sexo feminino 55 anos	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ ITU. ⊕ Foi feito aconselhamento terapêutico e requisição de análises de urina com sedimento. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Micção frequente/urgente desde Fevereiro de 2010. 		
18/10/2010	M.J.O.P.M.; sexo feminino 43 anos	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Recorre à consulta por vômitos e diarreia com 3 dias de evolução; ⊕ Refere que no dia anterior recorreu ao SU, tendo feito análises e Rx abdominal que se encontravam ambos normais. ⊕ Reajustamento da terapêutica. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Dismenorreia. 		
18/10/2010	M.A.R.; sexo feminino 27 anos.	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Recorre a consulta por debilidade e astenia. ⊕ A doente durante à consulta revelou ansiedade e nervosismo. ⊕ Reacção aguda ao stress, em estudo. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Ansiedade ● Dismenorreia 	Referência para a consulta de <u>Psicologia</u> , para orientação da sintomatologia em causa.	

18/10/2010	A.G.; sexo masculino 56 anos	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Recorre à consulta por dores abdominais tipo cólica. ⊕ Foi abordada a possibilidade de desintoxicação alcoólica numa clínica de reabilitação. 	<ul style="list-style-type: none"> ● HTA ● Hepatomegalia - Abuso Crónico do Álcool. ● Abuso do tabaco ● Lombalgias 		
18/10/2010	A.C.; sexo feminino 89 anos	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Recorre à consulta por dorsalgias. ⊕ Vem mostrar resultado de análises/procedimentos (creatinina, triglicéridos, colesterol total e VS alterados). ⊕ Requisição da vacina da gripe. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Aterosclerose ● HTA ● Insuficiência Cardíaca 	Referenciada para Cuidados de <u>Enfermagem</u> – administração de vacina da gripe.	
18/10/2010	E.C.; sexo feminino 92 anos	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Doente com tosse sem expectoração. ⊕ Requisição da Vacina da Gripe. 	<ul style="list-style-type: none"> ● HTA ● Insuficiência Cardíaca. ● Gonalgias 	Referenciada para Cuidados de <u>Enfermagem</u> – administração de vacina da gripe.	
18/10/2010	J.M.D.L.; sexo masculino 67 anos.	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Avaliação do estado de saúde geral; ⊕ Requisição da Vacina da Gripe. 	<ul style="list-style-type: none"> ● HTA ● Hipertrofia Prostática Benigna. ● Lombalgias ● Ansiedade, Nervosismo. 	Referenciada para Cuidados de <u>Enfermagem</u> – administração de vacina da gripe.	
18/10/2010	P.P.R.; sexo feminino 66 anos.	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Avaliação do estado de saúde geral; ⊕ Requisição da Vacina da Gripe. 	<ul style="list-style-type: none"> ● HTA ● Síndrome Vertiginoso 	Referenciada para Cuidados de <u>Enfermagem</u> – administração de vacina da gripe.	

18/10/2010	J.M.N.S; sexo masculino 44 anos	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Doente refere que no dia anterior teve queda com traumatismo do ombro direito. Recorreu ao SU onde fez um Rx que acusou fractura da extremidade distal da clavícula. Encontra-se imobilizado com Gerdy. ⊕ Procedimentos Administrativos – prorrogação de incapacidade temporária. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Saudável, sem outros antecedentes de relevo. 		
18/10/2010	J.P.M.; sexo masculino 80 anos.	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Avaliação do estado de saúde geral. ⊕ Vem mostrar resultado de análises/procedimentos: (colesterol total com valor alterado; ECG: padrão de bloqueio de ramo direito; EDA: Gastrite). 	<ul style="list-style-type: none"> ● HTA ● Insuficiência Cardíaca ● Osteoporose ● Osteoartrose ● Gastrite 		
18/10/2010	F.M.; sexo feminino 81 anos.	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Recorre à consulta por cefaleias e rinorreia. ⊕ Vem mostrar resultado de análises. ⊕ Requisição de Vacina da Gripe. 	<ul style="list-style-type: none"> ● HTA ● Incontinência Urinária ● Zumbidos nos ouvidos 	Referenciada para Cuidados de <u>Enfermagem</u> – administração de vacina da gripe.	
18/10/2010	F.M.L.; sexo masculino 59 anos.	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Recorre à consulta por sintomatologia das mãos e dedos – foi diagnosticado durante a consulta Síndrome do túnel cárpico. ⊕ Procedimentos Administrativos – prorrogação de incapacidade temporária. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Osteoartrose. 		

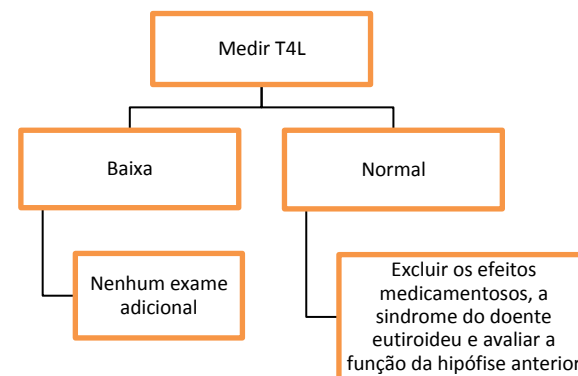
APÊNDICE V – FLUXOGRAMA



Legenda:

- TPOAb +: anticorpos contra a tiróide peroxidase presentes;
- TPOAb-: anticorpos contra a tiróide peroxidase não estão presentes;
- TSH: hormona estimulante da tiróide;
- T3: Triiodotironina;
- T4: Tiroxina;
- L: Livre;
- N: Normal.

✿ No caso de suspeita de doença hipofisária:



Bibliografia:

- Fauci, Braunwald, Kasper, Hauser, Longo, Jameson, Loscalzo, Harrison's Principles of Internal Medicine, MacGraw-Hill's, 17th edition, 2008.
- Goichot B, Sapin R, Schlienger JL; Subclinical hyperthyroidism: considerations in defining the lower limit of the thyrotropin reference interval, Service de Médecine Interne et Nutrition, Hôpital de Hautepierre, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, 2009.
- Martin I. Surks, MD; Eduardo Ortiz, MD, MPH; Gilbert H. Daniels, Subclinical Thyroid Disease, Scientific Review and Guidelines for Diagnosis and Management, 2004.
- Baskin HJ, Cobin RH, Duick DS, Gharib H, Guttler RB, Kaplan MM, Segal RL; American Association of Clinical Endocrinologists medical guidelines for clinical practice for the evaluation and treatment of hyperthyroidism and hypothyroidism, Clinical Endocrinologists, 2002.
- Topliss DJ, Eastman CJ, Diagnosis and management of hyperthyroidism and hypothyroidism, Department of Endocrinology and Diabetes, Alfred Hospital, Melbourne, VIC 3004, Australia, 2004.

APÊNDICE VI – REFLEXÃO

CASO DA CONSULTA

M.C.F.P, Sexo feminino, 43 anos.

Desde que é acompanhada na consulta de Medicina Geral e Familiar a doente manifesta ansiedade e preocupação com o seu bem estar.

Desde há 6 meses a doente inicia sintomatologia de tosse, dispneia e astenia. Foram feitos vários exames auxiliares de diagnóstico na tentativa de despistar causa orgânica. Foi feito estudo analítico completo, Radiografia torácica, ECG, Ecocardiograma, TAC torácico, os quais se apresentavam normais.

No entanto, a doente continua com sintomatologia, muito ansiosa e preocupada, recorrendo constantemente aos serviços de saúde.

A doente diz que o que a “preocupa mais é ter um cancro no pulmão e que ninguém o detecte a tempo de a curar” (sic).

Foi-lhe explicado que os exames auxiliares de diagnóstico foram todos negativos e que o plano terapêutico será a vigilância...

HIPOCONDRIA

A hipocondria está inserida no grupo das doenças somatoformes, havendo uma ampla sobreposição entre esta e as patologias inseridas nos distúrbios de somatização.

A incidência da hipocondria na população em geral ainda não é totalmente conhecida. A idade típica do seu aparecimento é no adulto jovem não havendo diferenças significativas entre sexos. A incidência desta patologia é maior entre familiares, facto que pode ser explicado pelo comportamento aprendido ou pela influência directa que outras patologias psiquiátricas têm quando presentes nos doentes ou nos seus familiares

Está estimado que cerca de 85% dos hipocondríacos têm associadas outras perturbações do foro psiquiátrico, tais como depressão, esquizofrenia, ansiedade, denominando-se nesse contexto de hipocondria secundária. Nos restantes 15% não se encontra associação com nenhuma perturbação ou patologia, sendo denominada de hipocondria primária.

O doente hipocondríaco caracteriza-se por se preocupar demasiado com a possível presença de doença, interpreta como anormais sensações fisiológicas ou pequenas variações normais da

sua aparência. A preocupação pela saúde torna-se a obsessão do dia-a-dia, o doente vivencia um sofrimento psicológico extremo que tem um impacto negativo no desenvolvimento profissional, familiar e social, que conduz a incapacidade funcional e muitas vezes, a prolongadas baixas por doença.

Segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) a hipocondria é definida pelos seguintes critérios: Crença persistente, ao longo de pelo menos 6 meses, da presença de um máximo de duas doenças físicas graves; Preocupação persistente com uma deformidade ou desfiguração presumidas (perturbação dismórfica corporal).

Também se pode definir hipocondria segundo DSM-IV usando os seguintes critérios: A- Preocupação, medo, ou crença de que se tem doença grave baseada na interpretação errada de sintomas físicos; B- A preocupação persiste apesar de adequada avaliação e tranquilização médicas; C- A crença no critério A não tem intensidade delirante e não está circunscrita a uma preocupação com a imagem corporal; D- A preocupação causa sofrimento clinicamente significativo, ou disfunção social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento individual; E- A duração da perturbação é de pelo menos 6 meses; F- A preocupação não tem melhor enquadramento na perturbação de ansiedade generalizada, perturbação obsessivo-compulsiva, perturbação de pânico, episódio depressivo major, ansiedade de separação, ou outra perturbação somatoforme.

Estes doentes devem ser observados em intervalos regulares. Cada nova queixa ou preocupação deve ser acompanhada de uma avaliação, limitada, para descartar a hipótese de desenvolvimento de uma patologia orgânica. Procedimentos invasivos não devem ser realizados, excepto se clara indicação.

Doentes hipocondríacos vêem os seus problemas como médicos e não como psiquiátricos. Encaminhar prematuramente estes doentes para o psiquiatra pode conduzir a não-aceitação da doença e má adesão á terapêutica. Deste modo, cabe ao médico de Medicina Geral e Familiar orientar o doente para intervenção psicofarmacológica, psicoterapêutica ou tratamento da comorbilidade associada. Relativamente à intervenção psicofarmacologica tem sido demonstrado uma melhoria da sintomatologia após administração de inibidor selectivo da recaptção de serotonina, sugerindo a possibilidade de alguns doentes hipocondríacos terem como base um subtipo de perturbação obsessivo-compulsiva. Estes doentes não costumam ser bons candidatos à psicoterapia, pois tendem a ter dificuldade em expressar sentimentos por palavras. A terapia cognitivo-comportamental tem vindo a ser promissora neste aspecto. Como referi anteriormente o hipocondríaco tem muitas vezes associada patologia depressiva, ansiedade, perturbação obsessivo-compulsiva, nestes casos, o tratamento específico da co-

morbilidade em causa deve ser iniciado e poderá ter resultados muito positivos na resolução dos sintomas hipocondríacos.

O Médico de Medicina Geral e Familiar também deve ser capaz de questionar o doente sobre as razões plausíveis para os sintomas vivenciados; investigar o doente de forma apropriada; dar informações úteis e educativas, actualizáveis e reajustáveis à medida que vá surgindo nova informação; não fazer afirmações peremptórias; instaurar confiança; abordar especificamente as preocupações que rodeiam o doente em causa.

A relação médico-doente deve ser construtiva, de confiança e empatia criando condições para que o doente expresse os seus sentimentos e emoções de forma mais clara, mais aberta.

Esta perturbação coloca muitos problemas ao prestador de cuidados de saúde. Não se pode descartar a hipótese de haver uma causa orgânica que justifique os sintomas enumerados pelo doente, pois de outra forma, o prestador de cuidados de saúde corre o risco de, não valorizando queixas físicas, não reconhecer uma patologia orgânica de base e conseqüente não detectar uma possível patologia somática. No entanto, toda a investigação com exames complementares de diagnóstico, para identificar a causa da sintomatologia do doente, acarreta um gasto de recursos enorme sendo muitas vezes o doente submetido a exames e tratamentos desnecessários. Cabe ao profissional de saúde ter o juízo clínico e o bom senso de decidir quando investigar para além da patologia psiquiátrica, tarefa muitas vezes difícil.

A hipocondria é uma doença crónica flutuante. É determinante identificar estes doentes precocemente, uma vez que o prognóstico é tanto melhor quanto mais rápida for feita a intervenção médica. Deixar evoluir para a cronicidade dificulta a sua abordagem e controlo, e perpetua a péssima qualidade de vida com que estes doentes se deparam diariamente.

BIBLIOGRAFIA

- Allank Goroll et al; Mc Graw Hill. Cuidados Primários em Medicina, 1999.
- Catherine Chiles, MD, Thomas N. Wise, MD. CURRENT Diagnosis & Treatment: Psychiatry. Chapter 49. Consultation–Liaison Psychiatry.
- Charles V. Ford, MD. CURRENT Diagnosis & Treatment: Psychiatry. Chapter 22. Somatoform Disorders.
- William Elder, PhD. CURRENT Diagnosis & Treatment in Family Medicine. Chapter 55. Somatoform Disorders, Factitious Disorder, & Malingering.
- Olde Hartman TC, Borghuis MS, Lucassen PL, van de Laar FA, Speckens AE, van Weel C. Medically unexplained symptoms, somatisation disorder and hypochondriasis: course

and prognosis. A systematic review. Department of Family Medicine, Radboud University Nijmegen Medical Centre.

- Adams and Victor's Neurology. The Anxiety Neuroses, Hysteria, and Personality Disorders. Chapter 56.
- Clínico Geral do Futuro, Aprendizagem e Ensino - Edição do Departamento de Clínica Geral, Porto, 1990.

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA VIGILÂNCIA NO DOENTE COM DIABETES MELLITUS TIPO 2

INTRODUÇÃO

A diabetes mellitus (DM) encontra-se entre as principais causas de morte, incapacidade e despesa económica por todo o mundo. É sobretudo nos países desenvolvidos que se tem registado um maior aumento da sua prevalência, principalmente da Diabetes Mellitus tipo 2 (DM 2).⁽⁶⁾ A Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou que no ano 2000 existiam 171 milhões de pessoas em todo o globo com DM e previu que este número irá aumentar para 366 milhões para o ano de 2030.⁽¹⁾

Em Portugal, segundo o estudo PREVADIAB, a prevalência da DM em 2010 era de 11,7% da população portuguesa com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos.⁽²⁰⁾ O Relatório Anual do Observatório Nacional de Diabetes, refere que em Portugal verifica-se um crescimento do número de novos casos diagnosticados anualmente, sendo que em 2009 foram detectados 571 novos casos de DM por cada 100 000 habitantes.⁽²⁾

No panorama nacional a DM, no ano de 2009, representou um custo de 1500 milhões de euros, o equivalente a 0,9% do Produto Interno Bruto (PIB) desse mesmo ano.⁽²⁾ Cerca de metade de todos os recursos económicos despendidos são aplicados no tratamento das suas complicações.⁽³⁾

Relativamente ao número de mortes associadas à DM, foi calculado pela Federação Internacional de Diabetes (FID) como sendo na ordem de 3,8 milhões de mortes, valor três a quatro vezes superior às estatísticas providenciadas por estudos estatísticos internacionais convencionais.⁽⁶⁾

A DM é um grupo de doenças metabólicas comuns que compartilham o fenótipo de hiperglicemia.⁽⁴⁾ Dependendo da etiologia para a DM os factores que contribuem para a hiperglicemia incluem: secreção reduzida de insulina, menor utilização de glicose e maior produção de glicose.⁽⁴⁾ A cronicidade da DM condiciona danos teciduais, nomeadamente a nível oftalmológico (retinopatia diabética), renal (nefropatia diabética), cardiovascular (doença coronária, doença vascular periférica e doença cerebrovascular) e dos nervos periféricos (neuropatia diabética).⁽⁵⁾

A tendência crescente da prevalência da DM torna essencial compreender como controlar o desenvolvimento desta condição crónica e diminuir o impacto desta no estado de saúde dos doentes. É suportado em inúmeros estudos que o controlo eficaz de diferentes parâmetros relacionados com a diabetes pode actuar de modo efectivo para a diminuição de ocorrência de complicações a esta associada. Por conseguinte, neste estudo é procurado avaliar o registo da vigilância dos doentes com DM2, assim como analisar na amostra as tendências visíveis nos valores dos parâmetros definidos como reflexo da qualidade da vigilância de DM2.

MÉTODOS

- **População em Estudo e Amostra**

A população em estudo consiste nos doentes com DM2 do Centro de Saúde São João (CSSJ) e da USF Fafe Sentinela (USFS).

Seleccionou-se o método de amostragem de conveniência, dado os objectivos do estudo, o contexto em que foi realizado e, principalmente, os recursos financeiros e de tempo disponíveis.

Para isso, foi pedida autorização a dois especialistas de Medicina Geral e Familiar (tutores clínicos da autora deste trabalho, na Área Curricular Medicina Comunitária – Prática Clínica 6º ano da Faculdade de Medicina Universidade do Porto) para utilização das suas listas de utentes. Destes especialistas, um pertence ao CSSJ e outro à USFS.

Os utentes com diagnóstico de DM2, destes médicos de família, foram identificados através da utilização do sistema de informação SINUS. A amostra é constituída por 196 utentes (110 da USF Fafe Sentinela e 86 do CSSJ).

- **Avaliação da Qualidade da Vigilância**

Para escolha dos indicadores da qualidade da vigilância de DM2, após extensa pesquisa das recomendações existentes na literatura, optei pela selecção das seguintes variáveis: IMC, Glicemia em Jejum, TA, HbA1c, Microalbuminúria. Estudei também, a prevalência das complicações micro e macrovasculares comprovadamente relacionadas com o mau controlo da DM2 (retinopatia, neuropatia, nefropatia, e eventos cardiovasculares), uma vez que estas constituem indicadores indirectos da qualidade do controlo dos doentes diabéticos nos últimos anos.

Os critérios utilizados, tendo em conta os indicadores escolhidos, para a avaliação da qualidade da vigilância de DM2 encontram-se detalhados na seguinte tabela:

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA VIGILÂNCIA DA DM2		
Critérios	Indicadores	Classificação
HbA1c (%)	<6.5	Bom
	≥6.5 - <7.5	Satisfatório
	≥7.5%	Insatisfatório
IMC (Kg/m ²)	≤25	Satisfatório
	>25	Insatisfatório
TA (mmHg)	≤130/80	Bom
	(>130 - <140)/(>80 - <90)	Satisfatório
	≥ 140/90	Insatisfatório
Glicemia em Jejum (mg/dL)	≤108	Satisfatório
	>108	Insatisfatório
Microalbuminúria (mg/24h)	<30	Bom
	≥30	Insatisfatório

Tabela 1: Avaliação da qualidade da vigilância da DM2, segundo o programa nacional de prevenção e controlo da diabetes. ⁽¹⁹⁾

- **Métodos de Recolha de Dados**

A informação foi recolhida entre os dias 27 de Setembro a 22 de Outubro de 2010. Como fonte de dados foi utilizado o sistema informático em funcionamento em cada um dos Centros de Saúde mais concretamente, o suporte informático SAM.

- **Análise Estatística**

Os dados foram introduzidos e analisados usando o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS/ PC+, versão 17.01) e o Microsoft Excel 2010.

RESULTADOS

Tendo em conta que o objectivo deste trabalho é a avaliação da qualidade da vigilância da DM2 numa amostra de utentes de duas unidades de saúde, os resultados obtidos são apresentados em comparação com as duas unidades de saúde, sendo que o CSSJ e a USFS correspondem a meio Urbano e Rural, respectivamente.

Dos 196 doentes estudados 86 (43,9%) pertencem ao CSSJ e 110 (56,1%) pertencem à USFS. A prevalência de doentes com DM2 da lista de utentes utilizada do CSSJ é de 3,99% e na lista da USFS é de 5,96%.

A caracterização da amostra por distribuição etária encontra-se representada na figura 1.

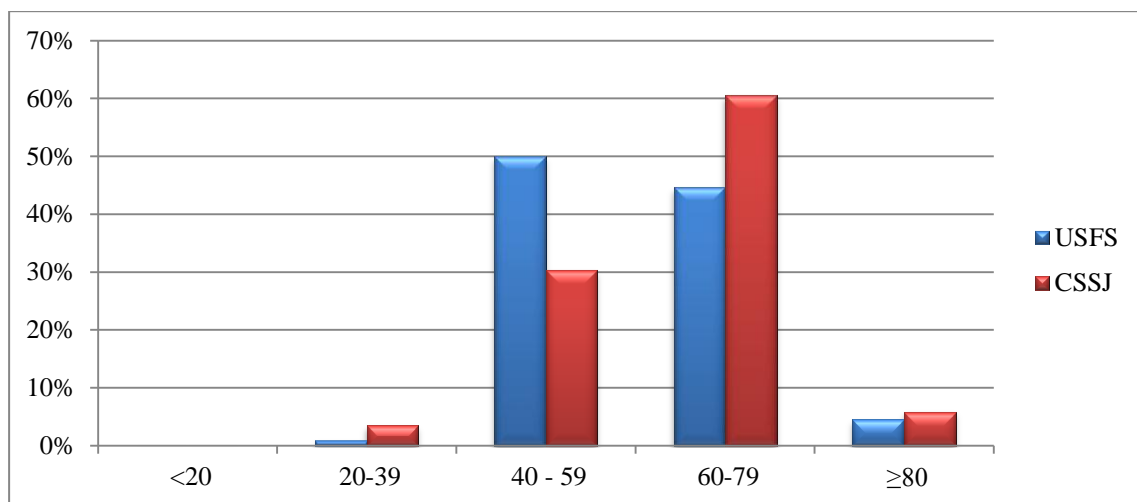


Figura 1: Distribuição por idade dos doentes diabéticos avaliados.

A tabela 2 apresenta o total dos registos efectuados nas US para as variáveis estudadas.

	CSSJ (N=86)	USFS (N=110)
IMC	100%	100%
HbA1c	97,7%	97,3%
TA	100%	100%
Microalbuminúria	80,2%	99,1%
Glicemia em Jejum	97,7%	99,1%

Tabela 2 : Total dos registos efectuados nas US para as variáveis estudadas.

Para avaliação da qualidade da vigilância da DM2 foram utilizados os parâmetros apresentados na tabela 1.

No estudo seguinte de cada um dos parâmetros escolhidos não foram considerados os pacientes que para essa variável não tinham registo. Desta forma, mesmo ao não entrarem no estudo de uma variável podem entrar para o estudo de uma outra para a qual tenham valor registado.

A figura 2 apresenta a análise dos critérios de avaliação da qualidade da vigilância da DM2. Seguindo o intuito do que foi descrito anteriormente, as Unidades de Saúde são apresentadas separadamente para cada uma das variáveis e classificações.

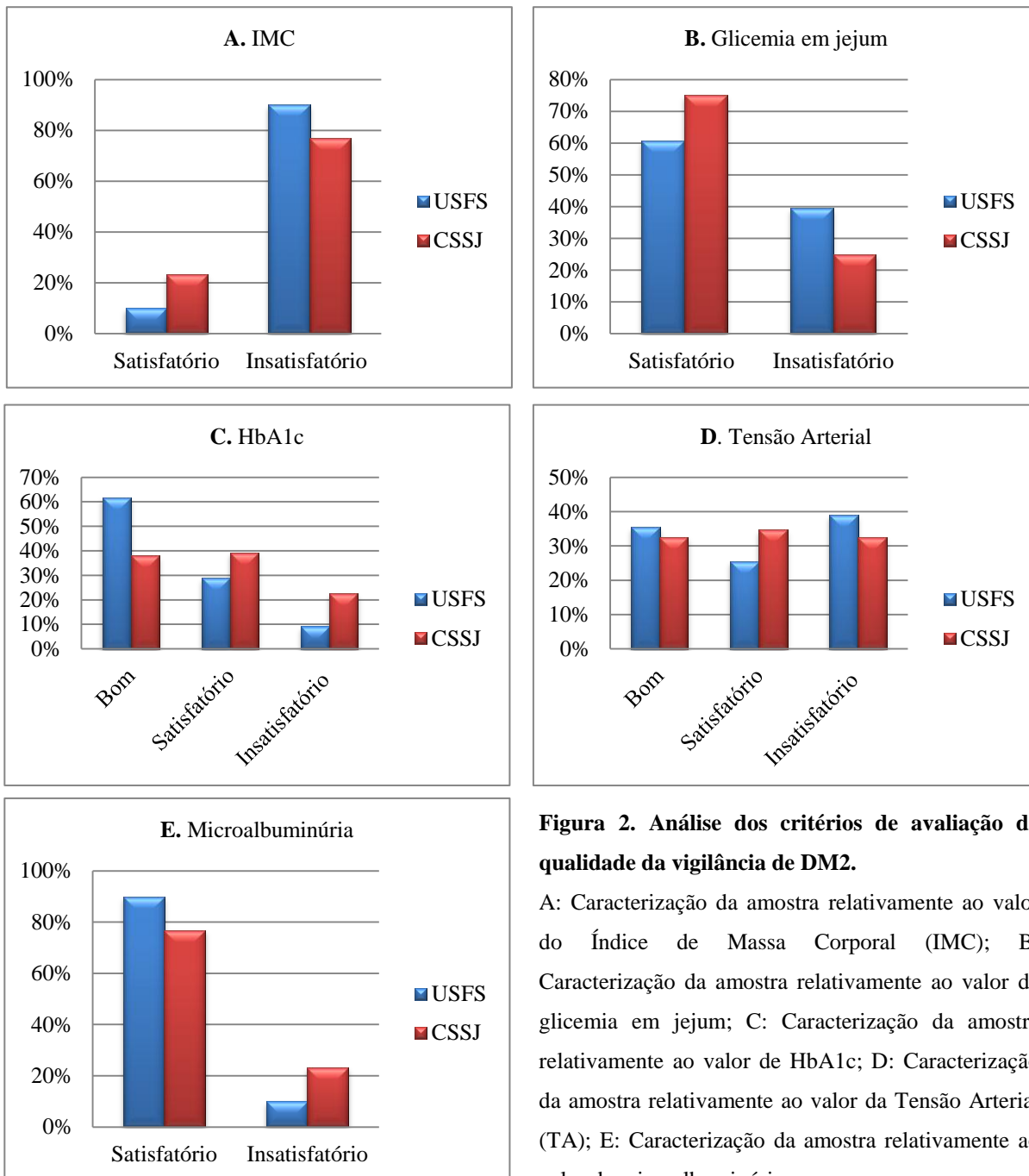


Figura 2. Análise dos critérios de avaliação da qualidade da vigilância de DM2.

A: Caracterização da amostra relativamente ao valor do Índice de Massa Corporal (IMC); B: Caracterização da amostra relativamente ao valor de glicemia em jejum; C: Caracterização da amostra relativamente ao valor de HbA1c; D: Caracterização da amostra relativamente ao valor da Tensão Arterial (TA); E: Caracterização da amostra relativamente ao valor de microalbuminúria.

Relativamente ao IMC verifica-se um resultado insatisfatório ($> 25 \text{ Kg/m}^2$) em ambas as Unidades de Saúde, apresentando a USFS (90%) e o CSSJ (76,7%).

Quanto à HbA1c 61,7% da amostra da USFS e 38,1% da amostra do CSSJ apresentam um resultado Bom ($<6.5\%$). O resultado é satisfatório ($\geq 6.5 - <7.5\%$) em 29% da USFS e 39,3% do CSSJ. Em 9,3% da amostra da USFS e 22,6% da amostra do CSSJ apresentam resultado insatisfatório ($\geq 7.5\%$).

Relativamente à Tensão Arterial (TA) podemos considerar que os valores são muito próximos para todos os intervalos em ambas as Unidades de Saúde. O primeiro intervalo que resulta nos indivíduos com $TAs \leq 130$ e $TAd \leq 80$ é de 35,5% na USFS e 32,6% no CSSJ. O intervalo respectivo à classificação Satisfatória, corresponde aos casos em que é encontrada $TAs > 130$ ou $TAd > 80$ interceccionados com os casos de $TAs < 140$ e $TAd < 90$. Os valores obtidos no intervalo atrás referido correspondem a 25,5% na USFS e 34,8% no CSSJ. O último intervalo correspondendo aos casos com classificação Insatisfatória, é definido pelos casos que têm a $TAs \geq 140$ ou a $TAd \geq 90$ apresentando valores de 39% na USFS e de 32,6% no CSSJ. Este parâmetro estava presente em todos os registos, não havendo informação incompleta.

Em ambas as Unidades de Saúde o resultado foi Bom (< 30 mg/24h) para a presença de microalbuminúria. É de referir que no CSSJ dos 23,2% dos doentes com resultado ≥ 30 , 14,5% apresentam microalbuminúria e 8,7% apresentam macroalbuminúria.

O resultado foi Satisfatório, em ambas as Unidades de Saúde, para a Glicemia em Jejum (≤ 108 mg/dL), sendo de 60,6% na USFS e de 75% no CSSJ.

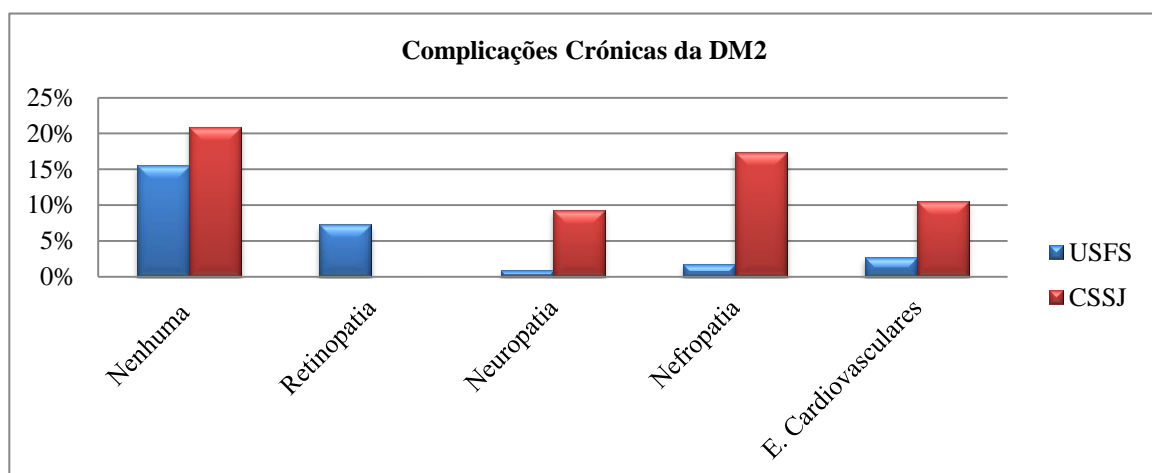


Figura 3: Caracterização da amostra relativamente às complicações crônicas da DM2 (retinopatia, neuropatia, nefropatia e eventos cardiovasculares).

Relativamente à prevalência de complicações da diabetes (figura 3), 15,5% dos doentes da USFS e 20,9% dos doentes do CSSJ não têm qualquer complicação documentada.

Dos doentes com complicações, observa-se uma prevalência de 2,7% na USFS e 10,5% no CSSJ de Eventos Cardiovasculares, de 1,8% na USFS e 17,4% no CSSJ de Nefropatia e de 0,9% na USFS e 9,3% no CSSJ de Neuropatia. A Retinopatia encontra-se presente em 7,3% da amostra da USFS, não havendo referência a qualquer caso no CSSJ.

A figura 4 apresenta o tratamento farmacológico dirigido à DM2 de ambos os grupos de doentes.

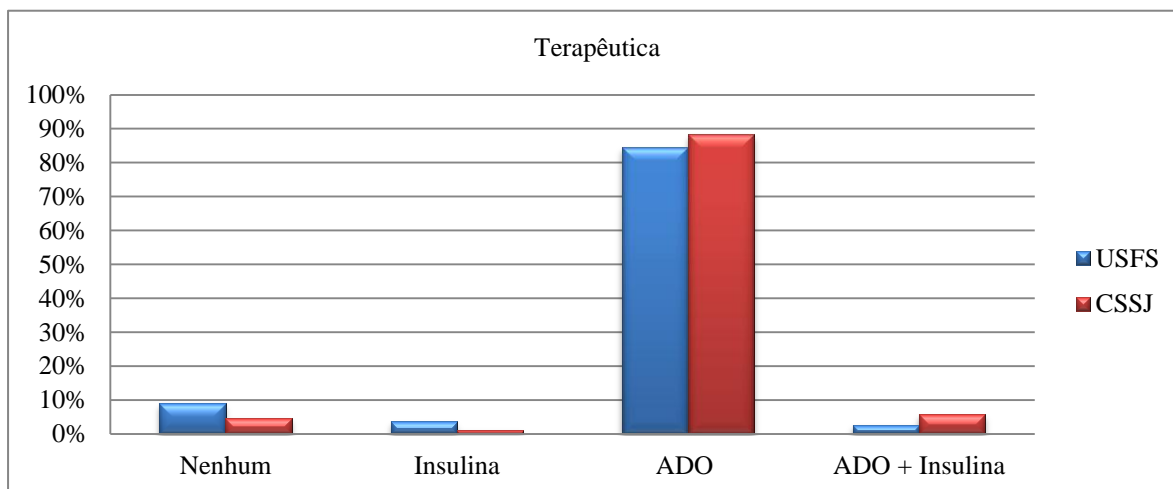


Figura 4: Caracterização da amostra relativamente ao tratamento farmacológico dirigido à DM2.

A percentagem de doentes tratados com insulina ou com combinação de insulina com um antidiabético oral (ADO) é menor do que a percentagem de doentes tratados apenas com ADO, em ambas as Unidades de Saúde.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

A prevalência de doentes com DM2 estudada é de 3,99% para a lista do CSSJ e de 5,96% para a lista de utentes da USFS. Este resultado não está de acordo com o que se verifica no panorama nacional, em que a prevalência de DM2 é de 11,7%.⁽²⁰⁾

Uma das limitações do estudo efectuado diz respeito à representatividade da amostra. Esta é constituída por 196 utentes com DM2, referentes à lista de dois médicos de Medicina Geral e Familiar da USFS e do CSSJ, escolhidos de modo não aleatório (amostragem de conveniência).

O tratamento para a diabetes passa inicialmente por mudanças no estilo de vida.⁽⁶⁾ Muitas vezes, a mudança no estilo de vida, com a eventual perda de peso se este for excessivo, é o suficiente para manter a diabetes controlada durante algum tempo.⁽²⁾ Quando não é possível controlar a diabetes apesar da mudança no estilo de vida, passa a ser necessário iniciar terapêutica farmacológica com antidiabéticos orais (ADO), insulina, ou a combinação de ADO com insulina.⁽⁶⁾ Neste estudo, foi verificado que os antidiabéticos orais constituem a principal forma de tratamento da DM2 (USFS=84,6% e CSSJ=88,3%). Este resultado está de

acordo com estudos nacionais que demonstram que 89,4% dos doentes com DM2 fazem terapêutica farmacológica com ADO. ⁽²⁾

Os resultados relativos ao IMC em ambas as amostras foram insatisfatórios. Este resultado está de acordo com outros estudos, sendo que cerca de 84% destes doentes sofrem de excesso de peso ou de obesidade. Deste modo, através de vários estudos, é reconhecida a alta prevalência desta co-morbilidade e a associação que ela tem com a ocorrência de eventos CV.

⁽⁷⁾ Neste estudo a variável peso não é caracterizada isoladamente, pois é um parâmetro bastante limitativo e ambíguo. A média do peso no sexo masculino é de 84 kg na USFS e de 83 kg no CSSJ e no sexo feminino de 75 kg na USFS e 74 kg no CSSJ. Esta diferença de peso, entre sexos, poderá não se reflectir no IMC, uma vez que a média de estatura dos indivíduos do sexo masculino, na população portuguesa, é superior à do sexo feminino.

É de realçar que quer o peso quer a altura foram sempre registados em ambas as Unidades de Saúde.

O controlo glicémico dos doentes diabéticos é foco de uma preocupação crescente por parte dos médicos que querem proteger os seus doentes das complicações relacionadas com a DM.

^(13,14) O *EDIC Study* veio demonstrar que a melhoria do controlo glicémico reduz os eventos CV. ⁽¹⁵⁾

Segundo o estudo *UKPDS*, uma diminuição de 1% no valor da HbA1c condiciona uma redução de 35% no risco de desenvolver complicações microvasculares e de 18% no risco de desenvolver enfarte agudo do miocárdio (EAM). ⁽⁸⁾

Ao analisar os resultados obtidos, para o valor de HbA1c, verifica-se que este é predominantemente Bom na USFS e Satisfatório no CSSJ, este resultado sugere que, mais de metade dos doentes desta amostra, está controlada quanto ao valor da HbA1c. A qualidade do registo nesta variável é boa, sendo registado para 97% da amostra da USFS e 98% da amostra do CSSJ.

Valores elevados de HbA1c estão associados a glicemias em jejum elevadas, como tem sido referido na literatura, sendo que a glicemia em jejum dá um contributo mais relevante para os valores de HbA1c quando esta é superior a 8,5%. ⁽¹²⁾ Neste estudo, a avaliação da amostra para a glicemia em jejum apresenta um resultado predominantemente Satisfatório, indo de encontro ao que foi dito anteriormente relativamente a estudos realizados. Os registos relativamente a esta variável foram semelhantes aos registos para a HbA1c, sendo nomeadamente de 99% para a USFS e de 98% para o CSSJ.

Relativamente à TA, mais de metade dos doentes apresentam valores $\geq 130/80$ mmHg e apenas uma modesta percentagem, 35,5% na USFS e 32,6% no CSSJ, apresentam-se

consoante o recomendado para doentes diabéticos. Estes resultados não estão em concordância com os obtidos noutros estudos, tais como numa amostra da população sueca, onde 42% dos doentes apresenta os valores tensionais recomendados. ⁽¹⁷⁾

A alta incidência de TA elevada pode acarretar algumas complicações segundo estudos existentes. Um destes estudos, define que o controlo apertado da TA em doentes hipertensos pode levar à redução de 37% de complicações microvasculares e de 44% do risco de AVC. Aliás, segundo o estudo da UKPDS que avalia a relação entre a TA sistólica ao longo do tempo e o risco de complicações micro e macrovasculares, chegou à conclusão que por cada 10 mmHg de redução na TA sistólica está associada a uma redução de 12% do risco de complicações cardiovasculares em doentes com DM2. ⁽¹⁸⁾

O facto de em todos os doentes se encontrar um registo de TA sistólica é um óptimo indicador da qualidade do registo efectuado em ambas as Unidades de Saúde.

A presença de microalbuminúria é um importante factor de risco para a progressão de doenças renal e cardiovascular, em doentes com DM2. ⁽¹¹⁾ Actualmente é do conhecimento científico que a TA sistólica elevada é um factor de risco independente para a presença de albuminúria na DM2. ⁽⁹⁾ Deste modo, é esperado que a prevalência do aumento da albumina seja superior em doentes com DM2 hipertensos do que em normotensos. ⁽⁹⁾ A detecção inicial de microalbuminúria representa o diagnóstico do estadio mais inicial de nefropatia diabética e é correlacionada com os estadios iniciais de outras complicações da DM, tais como, a neuropatia diabética. ⁽¹¹⁾ Relativamente aos resultados obtidos neste estudo foi verificada a presença de microalbuminúria em 10,1% da amostra na USFS e em 23,2% da amostra no CSSJ. O resultado obtido é definido como Satisfatório em mais de um terço da amostra analisada em ambas as Unidades de Saúde.

O registo desta variável apresenta os números mais baixos detectados ao longo deste estudo, sendo de aproximadamente 80% no CSSJ e de 99% na USFS.

Quanto aos resultados obtidos sobre as complicações crónicas da diabetes, 15,5% da amostra da USFS e 20,9% da amostra do CSSJ não apresentam complicações documentadas.

A retinopatia diabética encontra-se presente em 7,3% da amostra da USFS, não havendo referência de qualquer caso no CSSJ. Estes resultados não estão de acordo com o panorama nacional e com o que é referido na literatura. ^(2,6) Segundo o relatório anual do observatório nacional de diabetes, a prevalência de retinopatia em doentes com DM2 situa-se na ordem dos 4,2%. Deste modo, verificamos que a amostra da USFS tem uma prevalência superior à média nacional de casos de retinopatia diabética, por outro lado a amostra do CSSJ demonstra

ausência desta complicação. A OMS estimou que a prevalência de retinopatia diabética se situa por volta de 30% nos doentes com DM2. ⁽⁶⁾

Uma das possíveis razões para estes resultados advém do facto do diagnóstico de retinopatia diabética ter de ser feito pelo serviço de oftalmologia. Deste modo, várias situações poderão ocorrer tais como: ausência do registo de referenciação a oftalmologia, recurso do doente ao sistema privado e sem registo ou sem reconhecimento do médico de família e referenciação sem resposta hospitalar. ⁽¹⁶⁾

A neuropatia diabética encontra-se presente em 0,9% da amostra da USFS e em 9,3% da amostra do CSSJ. Este resultado não é concordante com outros estudos que sugerem que mais de 50% dos diabéticos sofrem de algum grau de neuropatia. ^(1,4)

A nefropatia diabética encontra-se presente em 1,8% da amostra da USFS e em 17,4% da amostra do CSSJ. Segundo o estudo UKPDS, 11% dos doentes após o diagnóstico de DM2 desenvolve nefropatia diabética em seis anos. ⁽⁸⁾ O resultado obtido na amostra estudada não é, deste modo, concordante com o que está descrito na literatura.

A ocorrência de eventos cardiovasculares é a maior causa de morte relacionada com DM, sendo responsável por cerca de 50% deste valor. Por esta razão, torna-se fundamental a diminuição da frequência destes eventos no doente com DM2. Neste estudo os resultados relativos a ocorrência de eventos cardiovasculares foram satisfatórios, uma vez que a prevalência desta complicação crónica apenas estava presente em 2,7% da amostra da USFS e em 10,5% da amostra do CSSJ.

Relativamente à avaliação da qualidade, é importante enfatizar a relevância do cumprimento de todos os critérios. Deste modo, conseguimos obter um bom controlo, uma boa vigilância e redução das complicações associadas à DM2. Só assim se poderá melhorar a qualidade da vigilância da DM2, bem como a esperança e a qualidade de vida destes doentes.

BIBLIOGRAFIA

1. Shaw J.E., Sicree R.A., Zimmet P.Z. Global estimates of prevalence of diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes Research and Clinical Practice* 2010; 87: 4-14.
2. Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes. *Diabetes: Factos e Números*, 2010, Portugal.
3. Falcão I.M., Pinto C., Santos J., Fernandes M.L., Ramalho L., Paixão E., Falcão J.M. Estudo da prevalência da diabetes e das suas complicações numa coorte de diabéticos portugueses: um estudo na Rede Médicos-Sentinela. *Rev Port Clin Geral* 2008; 24: 679-92
4. Fauci A.S., Braunwald E., Kasper D.L., Hauser S.L., Longo D.L., Jameson J.L. et al. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. McGraw-Hill, 17th edition, 2008.
5. American Diabetes Association. *Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus*. *Diabetes Care*, Volume 34, Supplement 1, January 2011.
6. *Diabetes Atlas*. International Diabetes Federation. Third edition. 2006.
7. McAdam-Marx C., Bouchard J., Aagren M., Conner C., Brixner D. Concurrent Control of Blood Glucose, Body Mass, and Blood Pressure in Patients With Type 2 Diabetes: An Analysis of Data From Electronic Medical Records. *Clinical Therapeutics*. Volume 33, Number 1, 2011.
8. Turner R.C, Holman R.R., Cull C.A., Stratton I.M., Mathews R., Frighi V. et al. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). *The Lancet*, Vol 352. September 12, 1998.
9. Yang C.W., Park J.T., Kim Y.S., Kim Y.L., Lee Y.S., et al. Prevalence of diabetic nephropathy in primary care type 2 diabetic patients with hypertension: data from Korean Epidemiology Study on Hypertension III (KEY III study). *Nephrol Dial Transplant*, 2011. 0: 1-8.
10. Singh A., Satchell S.C. Microalbuminuria: causes and implications. *Pediatr Nephrol*. February 2011.
11. Chiang S., Lee J., Chen C., Chuang L., Tsan K., Sheu W.H., et al. Justifying the high prevalence of microalbuminuria for type 2 diabetic patients in Taiwan with conditional probability approach a DEMAND II Study. *Journal of the Chinese Medical Association*, 2011. 74: 3-10.

12. Monnier L., Lapinski H., Colette C. Contributions of fasting and postprandial plasma glucose increments to the overall diurnal hyperglycemia of type 2 diabetic patients: variations with increasing levels of HbA(1c). *Diabetes Care*. 2003 Mar; 26(3):881-5.
13. Nathan D.M., Buse J.B., Davidson M.B., Ferrannini E., Holman R.R., Sherwin R. et al. Medical Management of Hyperglycemia in type 2 Diabetes: A Consensus Algorithm for the Initiation and Adjustment of Therapy. *Diabetes Care*, Volume 32, Number 1, January 2009.
14. Lebovitz H.E., Austin M.M., Blonde L., Davidson J.A., Del Prato S., Gavin III J.R., et al. ACE/AACE consensus conference on the implementation of outpatient management of diabetes mellitus: consensus conference recommendations. *Endocr Pract*. 2006 Jan- Feb; 12 Suppl 1: 6-12.
15. Diabetes Control and Complications Trial/Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications (DCCT/EDIC) Study Research Group. Intensive diabetes treatment and cardiovascular disease in patients with type 1 diabetes. *N Engl J Med*. 2005;353: 2643-53.
16. Silva C.N., Bulhões C., Ferreira D., Magalhães M.J., Peixoto V., Qualidade do controlo da diabetes mellitus tipo 2 numa amostra de utentes do Centro de Saúde de Braga. *Rev Port Clin Geral* 2006; 22: 571-82.
17. Gudbjornsdottir S., Cederholm J., Nilson P., Eliasson B. The National Diabetes Register in Sweden: an implementation of the St. Vicent Declaration for Quality Improvement in Diabetes Care. *Diabetes Care* 2003 Apr; 26 (4): 1270-6.
18. Leibowitz A. Grossman E. How to Define Prehypertension in Diabetes/Metabolic Syndrome. *Diabetes Care*, Volume 32, Supplement 2, November 2009.
19. Candeias A.C., Boavida J.M., Correia L.G., Pereira M., Almeida M., Duarte R. Programa Nacional de prevenção e controlo da diabetes. Direcção Geral de Saúde. Lisboa, 2008.
20. Gardete-Correia L., Boavida M., Raposo J.F., Mesquita A.C., Fona C., Carvalho R., et al. First diabetes prevalence study in Portugal: PREVADIAB study. *Diabetic Medicine*, 27, 879-881. 2010 Diabetes UK.