



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2010/2011

Ana Filipa Sousa Leite da Silva
Relatório de Estágio Profissionalizante em Medicina

Abril, 2011

FMUP



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Ana Filipa Sousa Leite da Silva
Relatório de Estágio Profissionalizante em Medicina

Mestrado Integrado em Medicina

Área: Medicina Comunitária

Trabalho efectuado sob a Orientação de:

Dr^a Graça Veiga

Abril, 2011

FMUP

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

Projecto de Opção do 6º ano – DECLARAÇÃO DE REPRODUÇÃO

Nome: Ana Filipa Sousa Leite da Silva

Endereço electrónico: med05122@med.up.pt

Telefone ou Telemóvel: 937529102

Número do Bilhete de Identidade: 13194637

Título do Relatório de Estágio Profissionalizante:

Relatório de Estágio Profissionalizante em Medicina Comunitária

Orientador: Maria da Graça Vasques Amorim Costa Veiga

Ano de conclusão: 2010/2011

Designação da área do projecto:

Medicina Comunitária

É autorizada a reprodução integral deste Relatório de Estágio Profissionalizante para efeitos de investigação e de divulgação pedagógica, em programas e projectos coordenados pela FMUP.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 19//04/2011

Assinatura: Ana Filipa Sousa Leite da Silva

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

Eu, Ana Filipa Sousa Leite da Silva, abaixo assinado, nº mecanográfico 050801122, 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 Filipa Sousa Leite da Silva

AGRADECIMENTOS

A concretização deste Relatório de Estágio Profissionalizante em Medicina Comunitária não teria sido possível sem a disponibilidade e colaboração de algumas pessoas. Como tal, expresso os meus sinceros agradecimentos:

- À Dr^a Graça Veiga pela disponibilidade, apoio e atitude formativa demonstrados e pela orientação do presente Relatório de Estágio.
- Ao Dr. João Matos pela experiência formativa e oportunidades de aprendizagem prática que proporcionou e pelo excelente acolhimento.
- Aos enfermeiros e restantes profissionais de ambas as Unidades de Saúde pela colaboração na recolha de dados imprescindíveis para a realização deste trabalho

TÍTULO

Relatório de Estágio Profissionalizante em Medicina Comunitária

RESUMO

O presente relatório tem por base o estágio realizado ao longo de quatro semanas no âmbito da disciplina de Medicina Comunitária. Descreve as experiências vivenciadas nos módulos urbano, no CSSJ, e rural, na UCSP Amares, e avalia os resultados pedagógicos daí resultantes. A motivação para a concretização deste projecto surge do grande interesse da aluna pela área de CSP e do pouco contacto com a mesma ao longo de todo o curso.

As actividades desenvolvidas visaram a caracterização das Unidades de Saúde e da população abrangida, procurando reconhecer semelhanças e divergências na abordagem médica em contexto rural e urbano. A integração na equipa médica e de enfermagem dos dois locais proporcionou o contacto próximo com uma multiplicidade de situações clínicas, a consolidação de pressupostos teóricos e o desenvolvimento de aptidões técnicas fundamentais na formação médica geral.

Integra-se, ainda, um estudo feito a todas as grávidas que recorreram às duas Unidades de Saúde durante o período de estágio, em que se expõem prevalências de hábitos e vários comportamentos de risco durante a gestação, nos dois locais, além da caracterização sócio-económica das mesmas.

Como conclusão, destaca-se a importância fundamental da área de CSP na formação médica geral, pois permite um contacto privilegiado com o paciente e realça a verdadeira importância da abordagem biopsicossocial na relação terapêutica.

TITLE

Practical Training Report of Community Medicine

ABSTRACT

This practical training report is based on the internship held over four weeks in the discipline of Community Medicine. It describes the experiences in urban modules in CSSJ, and rural in UCSP Amares, and assesses the resulting learning outcomes. The motivation for completing this project comes from the great interest of the student by the area of Primary Health Care and little contact with it throughout the course.

The activities aimed to characterize the health units and population covered, trying to recognize similarities and differences in medical approach in the rural and urban context. Integration into the medical and nursing staff of the two places provided close contact with a variety of clinical situations, consolidation of theoretical assumptions and the development of basic technical skills, essentials in general medical education.

This report also incorporate a study of all pregnant women who went to the two Health Units during the internship period, which exposes the habits and prevalence of multiple risk behaviors during pregnancy in both locations, as well as socio and economically characterization.

In conclusion, the student emphasizes the fundamental importance of Primary Health Care in the pre-graduate medical training. It allows a close contact with the patient and highlights the real importance of the biopsychosocial approach in the therapeutic relationship.

ÍNDICE

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	2
LISTA DE FIGURAS E TABELAS.....	3
INTRODUÇÃO	5
OBJECTIVOS	5
LOCAL E DURAÇÃO DO ESTÁGIO	5
CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	6
MODELOS DE ORGANIZAÇÃO FUNCIONAL.....	6
CARACTERIZAÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE	7
UCSP Amares.....	7
CSSJ	8
ANÁLISE DEMOGRÁFICA E SOCIO-ECONÓMICA DAS POPULAÇÕES.....	10
DESCRIÇÃO DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS DURANTE O ESTÁGIO	13
SAÚDE MATERNA E PLANEAMENTO FAMILIAR	16
CONCLUSÃO	19
BIBLIOGRAFIA.....	20
APÊNDICES	
ANEXOS.....	

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

APPACDM – Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão com Deficiência Mental

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CSSJ – Centro de Saúde São João

FMUP – Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

EPE – Entidade Pública Empresarial

Hab/Km² – habitantes por quilómetro quadrado

HTA – hipertensão arterial

MAPA – monitorização ambulatória da pressão arterial

TA – tensão arterial

UCSP Amares – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Amares

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

<i>Ilustração 1.</i> Mapa das freguesias de Amares.....	7
<i>Ilustração 2.</i> Mapa das freguesias do Grande Porto	8
<i>Diagrama 1.</i> Referenciação para outras instituições de saúde.....	8
<i>Diagrama 2.</i> Actividades desenvolvidas durante o estágio	13
<i>Tabela 1.</i> Recursos humanos, informáticos e outras características do CSSJ e UCSP Amares	10
<i>Tabela 2.</i> Indicadores sócio-económicos das populações do ACES Gerês/Cabreira, ACES Porto e Amares ^{7,8,9}	12
<i>Tabela 3.</i> Indicadores de execução do Programa de Saúde Materna no CSSJ e na UCSP Amares, Dezembro de 2010.....	17
<i>Tabela 4.</i> Indicadores de execução do Programa de Planeamento Familiar no CSSJ e na UCSP Amares, Dezembro de 2010	18
<i>Gráfico 1.</i> Pirâmide etária dos utentes da UCSP Amares	11
<i>Gráfico 2.</i> Pirâmide Etária dos utentes do CSSJ.....	11
<i>Gráfico 3.</i> Anexo 1 - Variação do número de desempregados inscritos no Instituto de Emprego e Formação Profissional no ACES Gerês/Cabreira entre 2004 e 2009	
<i>Gráfico 4.</i> Anexo 2 - Variação do número de desempregados inscritos no Instituto de Emprego e Formação Profissional no ACES Porto entre 2004 e 2009	
<i>Gráfico 5.</i> Anexo 3 - Distribuição da população empregada por actividade económica no ACES Gerês/Cabreira, em 2001	

Gráfico 6. Anexo 4 - Distribuição da população empregada por actividade económica no ACES Porto em 2001

Gráfico 7. Anexo 5 - Distribuição da população residente no ACES Gerês/Cabreira por nível de instrução, em 2001

Gráfico 8. Anexo 6 - Distribuição da população residente no ACES Porto por nível de instrução, em 2001

INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio foi elaborado no contexto do Mestrado Integrado em Medicina da FMUP, no ano lectivo de 2010/2011, no âmbito da Unidade Curricular “Projecto de Opção”; e teve por base o estágio de Medicina Comunitária.

A motivação para concretização deste projecto surge do grande interesse da aluna pela área de CSP e do pouco contacto com a mesma ao longo de todo o curso. Considerando a Medicina Geral e Familiar a base do Sistema de Saúde, pareceu essencial aprofundar o conhecimento nesta área e reflectir sobre as aprendizagens conseguidas durante o estágio.

Apresenta-se, então, a descrição geral das duas Unidades de Saúde onde decorreu o estágio, das populações abrangidas, das actividades desenvolvidas durante as duas valências e um estudo opcional feito durante esse período.

OBJECTIVOS

- Caracterizar as Unidades de Saúde onde decorreu o estágio de Medicina Comunitária e contextualizar o ambiente em que se inserem.
- Descrever sumariamente as actividades realizadas e o seu impacto na formação científica e humana da aluna.
- Reflectir sobre a importância dos CSP.
- Caracterizar todas as grávidas que recorreram às duas Unidades de Saúde durante o estágio.

LOCAL E DURAÇÃO DO ESTÁGIO

O estágio de Medicina Comunitária teve a duração de 4 semanas, distribuídas por duas valências. O estágio da valência urbana ocorreu no CSSJ, entre 27 de Setembro de 2010 e 8 de Outubro de 2010, com a Dr^a Graça Veiga. A valência rural aconteceu na UCSP de Amares, entre 11 e 22 de Outubro de 2010, com o Dr. João Matos.

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Os CSP são o primeiro nível de cuidados num sistema de saúde. Prestam cuidados de saúde integrais e integrados, continuados a todos os indivíduos que a ele recorrem. Devem ser globalmente acessíveis e centrados no indivíduo e na comunidade, definidos em programas de saúde [1].

Os serviços de saúde devem dar resposta adequada aos problemas de saúde das populações que resultam da conjugação de factores sociais, individuais, culturais e demográficos. Para isso, cada Unidade de Saúde da rede de CSP deve adoptar um modelo organizacional, de modo a desenvolver actividades orientadas para a promoção da Saúde e prevenção da doença com cuidados de saúde continuados e globais.

Os cuidados continuados, abrangentes e centrados na pessoa são um ponto crítico para alcançar melhores resultados a nível da saúde. Estas características dependem de uma relação estável, duradoura, pessoal e longitudinal entre a população e os profissionais que são o primeiro contacto com o Sistema de Saúde [2]. Este contacto é feito idealmente nos CSP, pelos médicos de família, paradigma do profissional dos CSP. São, portanto, médicos pessoais, que cuidam dos seus pacientes no contexto das suas famílias, comunidades e culturas, respeitando sempre a autonomia dos seus pacientes [1,3]. Na sua intervenção terapêutica, integram factores físicos, psicológicos, sociais, culturais e existenciais, recorrendo ao conhecimento e à confiança gerados pelo contacto repetido. Têm ainda um papel fundamental na gestão de recursos económicos e financeiros, fazendo a triagem dos doentes que necessitam de uma intervenção mais específica, orientando-os no acesso a esses serviços. Utilizam, assim, de forma eficiente os recursos de saúde através da coordenação de cuidados, do trabalho multidisciplinar e em equipa, bem como através da gestão de interface com outras especialidades, assumindo um papel de advocacia do paciente sempre que necessário [1].

MODELOS DE ORGANIZAÇÃO FUNCIONAL

Os ACES são serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde. Têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área

geográfica, procurando manter os princípios de equidade e solidariedade, de modo a que todos os grupos populacionais partilhem igualmente dos avanços científicos e tecnológicos, postos ao serviço da saúde e do bem-estar [4].

Das unidades funcionais que constituem o ACES, constam as Unidades de Saúde Familiar, as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, as Unidades de Cuidados na Comunidade, as Unidades de Saúde Pública e as Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados, podendo ainda existir outras unidades ou serviços que venham a ser considerados como necessários pelas administrações regionais de saúde. O estágio possibilitou o contacto com duas unidades funcionais diferentes. O CSSJ surgiu de um protocolo de Acordo de Cooperação, em 1998, estabelecido entre a Associação Regional de Saúde do Norte (ARSN) e a FMUP e denominado Projecto Tubo de Ensaio. Este projecto tem como propósitos: execução de projectos e trabalhos de investigação, apoio ao ensino a estudantes (módulo urbano dos alunos de MC, programa optativo de Contacto Precoce com a MGF para alunos do 2º ao 6º anos da FMUP, Acções de Educação para a Saúde sobre Estilos Saudáveis de Vida dos alunos de Medicina Preventiva do 2º ano, Inquéritos sobre Qualidade de Vida dos alunos da disciplina de Psicologia do 2º ano e estágios de alunos de Psicologia) e internos de MGF e Pediatria, prestação de cuidados médicos a estudantes e funcionários da Universidade do Porto e prestação à ARSN de informação estatística [4,5].

A UCSP, onde decorreu a valência rural, por sua vez, tem uma estrutura idêntica a uma USF e presta cuidados personalizados, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos. Tem uma equipa composta por médicos, enfermeiros e administrativos [6].

CARACTERIZAÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE

UCSP Amares

A UCSP Amares localiza-se no concelho de Amares, que possui 19 963 habitantes, inseridos numa área de 81,86 Km², distribuídos por 24 freguesias; tendo uma densidade populacional de 243,6 hab/Km² [7].



Ilustração 1. Mapa das freguesias de Amares

Pertence ao ACES Gerês/Cabreira e tem 19 643 utentes inscritos, dos quais 1 487 são utentes do Dr. João Matos, que orientou o estágio na valência rural. Tem duas extensões de saúde (*Diagrama 1*) e referencia os doentes para o Hospital de Braga (*Diagrama 1*).

A Unidade localiza-se na Rua 25 de Abril, Ferreiros, Amares; no rés-do-chão do edifício do ACES Gerês/Cabreira. É composta por uma equipa de médicos, enfermeiros e administrativos. Os auxiliares são comuns ao ACES Gerês/Cabreira.

Tem vários tipos de consultas que abrangem Consulta de HTA, Diabetes, Saúde Materna, Saúde Infantil, Planeamento Familiar e Saúde de Adultos.

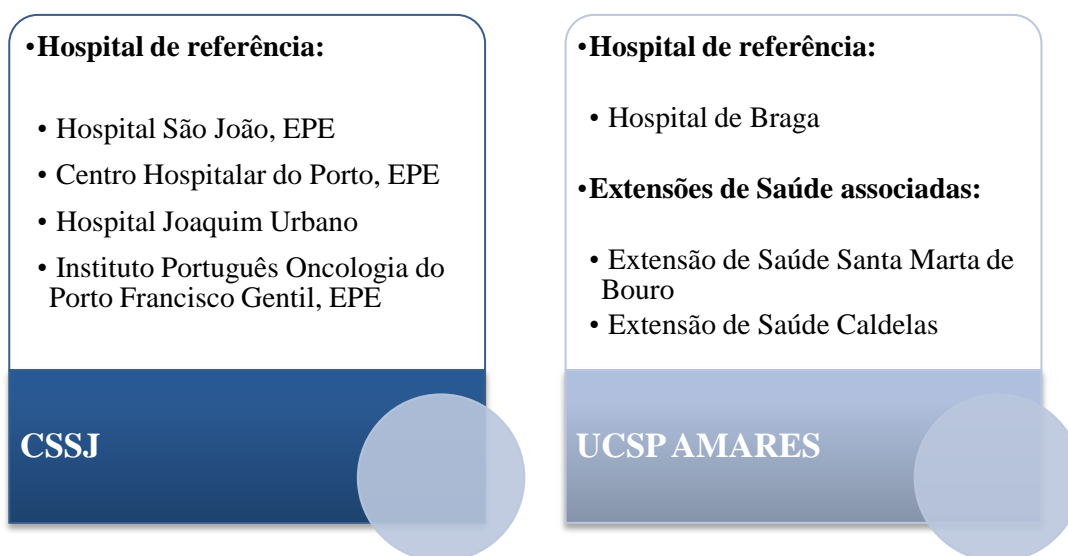
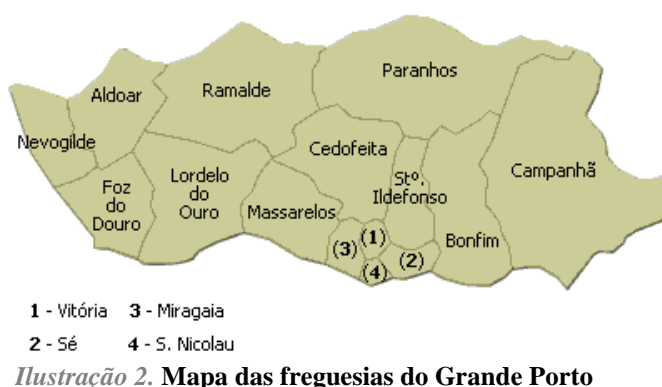


Diagrama 1. Referenciação para outras instituições de saúde

CSSJ

O CSSJ localiza-se na freguesia de Cedofeita, concelho do Porto. Este possui 41,66 km² de área, tendo uma população de 1 285 352 habitantes. Tem uma densidade populacional de 1 578,8 hab/Km² [7].



Faz parte do ACES do Grande Porto VI – Porto Ocidental, do qual também fazem parte o Centro de Saúde de Aldoar, o Centro de Saúde Bonfim/Batalha – Unidade Batalha, O Centro de Saúde Carvalhosa/Foz do Douro – Unidade Carvalhosa e Unidade Foz do Douro. No início, não teve uma área de influência limitada, podendo receber utentes independentemente da sua área de residência, no entanto as novas inscrições, assim como as visitas domiciliárias, limitam-se a utentes residentes na cidade do Porto. Actualmente, tem 20 055 utentes inscritos, dos quais 1 701 são doentes da Dr^a Graça Veiga, tutora do Módulo Urbano e Orientadora da aluna.

Tem uma equipa constituída por médicos, enfermeiros, auxiliares, administrativos, psicólogos e podologista.

O CSSJ tem à disposição do utente vários tipos de consulta: consulta de HTA, de Diabetes, Saúde Materna, Saúde Infantil e Saúde de Adultos. Dispõe ainda de consulta aberta até às 20h para os utentes com situações de urgência, não sendo programada. Tem como hospitais de referência: Hospital São João; Centro Hospitalar do Porto; Hospital Joaquim Urbano; Instituto Português Oncologia do Porto Francisco Gentil (*Diagrama 1*).

Em termos de recursos materiais, não há grandes discrepâncias, destaca-se apenas a existência de MAPA no CSSJ, que não está disponível na UCSP Amares.

	CSSJ	UCSP Amares
Recursos humanos		
Médicos	10	8
Enfermeiros	15	9
Auxiliares	2	0 (4 pertencentes ao ACES)
Administrativos	6	5
Psicólogo	2	0
Nutricionista	0	0 (1 pertencente ao ACES)
Podologista	1	0
Recursos informáticos	SAM HIGIA Alert P1 DIABCARE SINUS	SAM Alert P1 SINUS
Tipos de consultas	○ Consulta de adultos	○ Consulta de adultos

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Vigilância a grupos de risco ○ Saúde Materna ○ Saúde Infantil ○ Planeamento Familiar ○ Consulta Aberta ○ Consultas no Domicílio ○ Vigilância Oncológica ○ Consulta de Psicologia ○ Consulta de Podologia ○ Consulta de Cessaçã Tabágica 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Vigilância a grupos de risco ○ Saúde Materna ○ Saúde Infantil ○ Planeamento Familiar ○ Consulta Aberta ○ Consultas no Domicílio ○ Consulta de Nutrição
Utentes inscritos	20 055	19 643
Horário de atendimento	De Segunda a Sexta das 08:00 às 20:00	De Segunda a Sexta das 08:00 às 20:00

Tabela 1. Recursos humanos, informáticos e outras características do CSSJ e UCSP Amares

ANÁLISE DEMOGRÁFICA E SOCIO-ECONÓMICA DAS POPULAÇÕES

O processo de doença não é um processo individual estanque, é o resultado permanente de factores genéticos, sociais e culturais. Assim, a caracterização demográfica, social e económica da população abrangida em cada Unidade de Saúde reveste-se de elementar importância. Posto isto, insere-se de seguida uma análise demográfica, social e económica das duas populações que o estágio abrangiu.

No global, os utentes da UCSP Amares são mais jovens que os do CSSJ. Nota-se, na pirâmide etária da UCSP Amares, um predomínio de utentes nas faixas etárias 25-29 anos, 35-39 anos e > 75 anos. Pela análise da pirâmide etária do CSSJ, constata-se uma pirâmide de base estreita, com maior predomínio das faixas etárias mais idosas e das faixas da população em idade activa (25-39 anos). Este último achado é semelhante em Amares e poderá traduzir o facto de muitos habitantes se fixarem nestes locais para trabalhar. A relação de masculinidade em ambas as Unidades de Saúde é de 78,7, havendo, por tal, uma predominância do sexo feminino nos dois locais. A percentagem de idoso no CSSJ é 18,2%, superior à existente na UCSP Amares (15,8%).

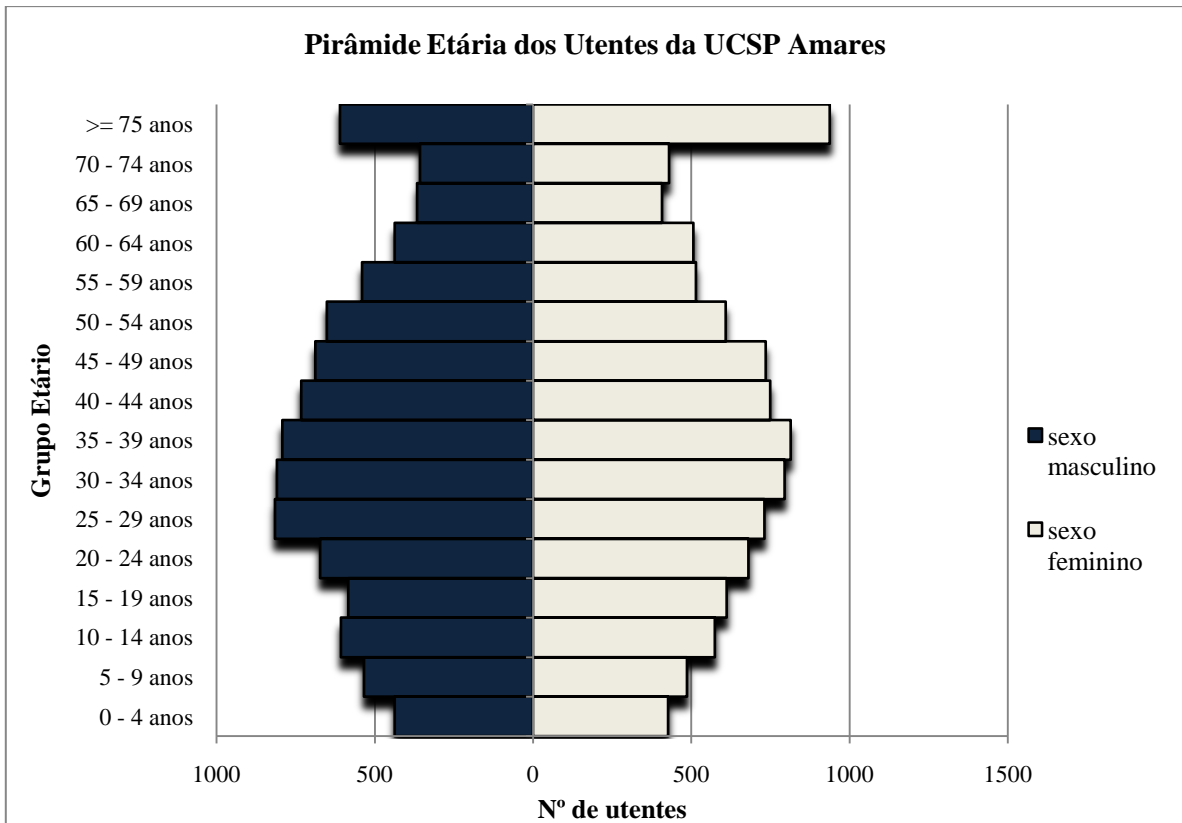


Gráfico 1. Pirâmide etária dos utentes da UCSP Amares, Outubro de 2010

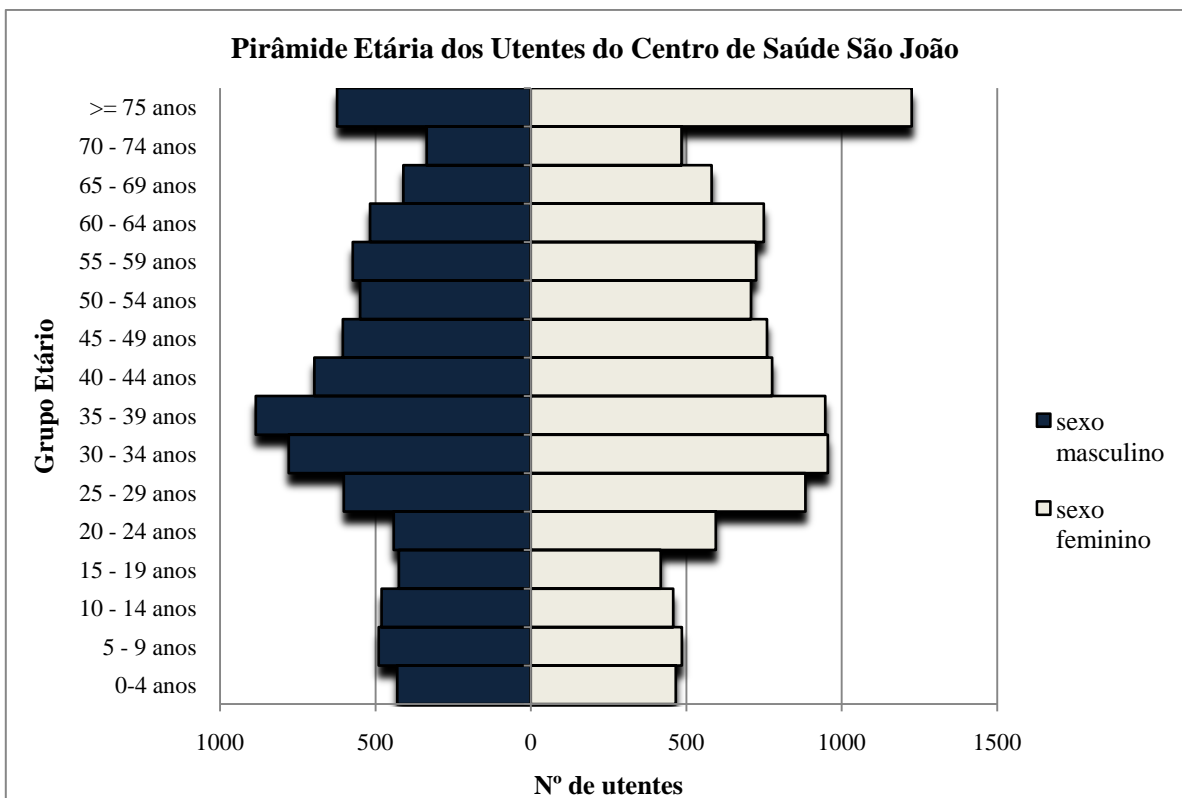


Gráfico 2. Pirâmide Etária dos utentes do CSSJ, Outubro de 2010

A diferença nas faixas etárias poder-se-á explicar pelo maior índice de dependência de jovens em Amares, que implica um maior número de pessoas na faixa etária abaixo dos 15 anos; e pelo Índice de Envelhecimento muito superior do ACES Porto, como se pode constatar pela *Tabela 2*. Além disso, em Amares, o Índice de Envelhecimento é ainda inferior ao do ACES Gerês/Cabreira, bem como ao da região Norte. Contudo, o Porto regista uma maior taxa bruta de natalidade que Amares, pelo que, apesar destas diferenças, as duas pirâmides tendem a ficar mais estreitas na base, acompanhando a tendência de envelhecimento nacional.

	UCSP AMARES	AMARES	CSSJ	PORTO
População	114 857	19 853	216 080	1 285 352
Índice de Dependência				
Jovens	22,8	23,9	20,7	19,6
Idosos	23,1	22,2	26,9	31,7
Índice de Envelhecimento	101,4	95,5	130,3	160,2
Taxa Bruta de Natalidade	-	9,0	-	9,2
Esperança Média de Vida à Nascença	-	79,3	-	78,9

Tabela 2. Indicadores sócio-económicos das populações do ACES Gerês/Cabreira, ACES Porto e Amares [7,8,9]

Quanto às condições sócio-económicas, pode constatar-se, pela observação dos *Gráficos 3 e 4 (Anexos 1 e 2)*, que o desemprego no ACES Gerês/Cabreira atinge de forma sustentada mais mulheres que homens, enquanto, no ACES Porto, abrange de forma consistente os dois géneros. A população empregada está maioritariamente nos sectores secundário e terciário, tendo ainda alguns trabalhadores no sector primário. No ACES do Porto, a grande fatia de trabalhadores está no sector terciário, não havendo trabalhadores no sector primário (*Anexos 3 e 4*). Isto explica-se, provavelmente, pelo facto de Amares ser uma zona rural, tendo ainda bastantes pessoas a trabalhar na agricultura e pecuária, que se pode comprovar observando os doentes que passam pelo consultório das duas zonas.

Quanto ao nível de instrução, o ensino básico é o nível de instrução que predomina nas duas populações, mas, no ACES Porto, há uma maior percentagem da população com o ensino secundário e ensino superior. Destaca-se a percentagem significativa de pessoas analfabetas no ACES Gerês/Cabreira; enquanto, no Porto, esta percentagem é inferior à média nacional (*Anexos 5 e 6*). Refere-se aqui a caracterização social e económica das duas populações, porque a mesma considera-a fundamental na abordagem do doente nos cuidados de saúde primários. Tal conhecimento influenciará a técnica de entrevista, a exploração de sintomatologia e o tipo de patologias que se irão encontrar. Por exemplo, em Amares encontram-se queixas que não são habituais numa população citadina como a do Porto e vice-versa.

DESCRIÇÃO DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS DURANTE O ESTÁGIO

O estágio englobou várias actividades nas duas valências, as quais se encontram discriminadas no *Diagrama 2*.

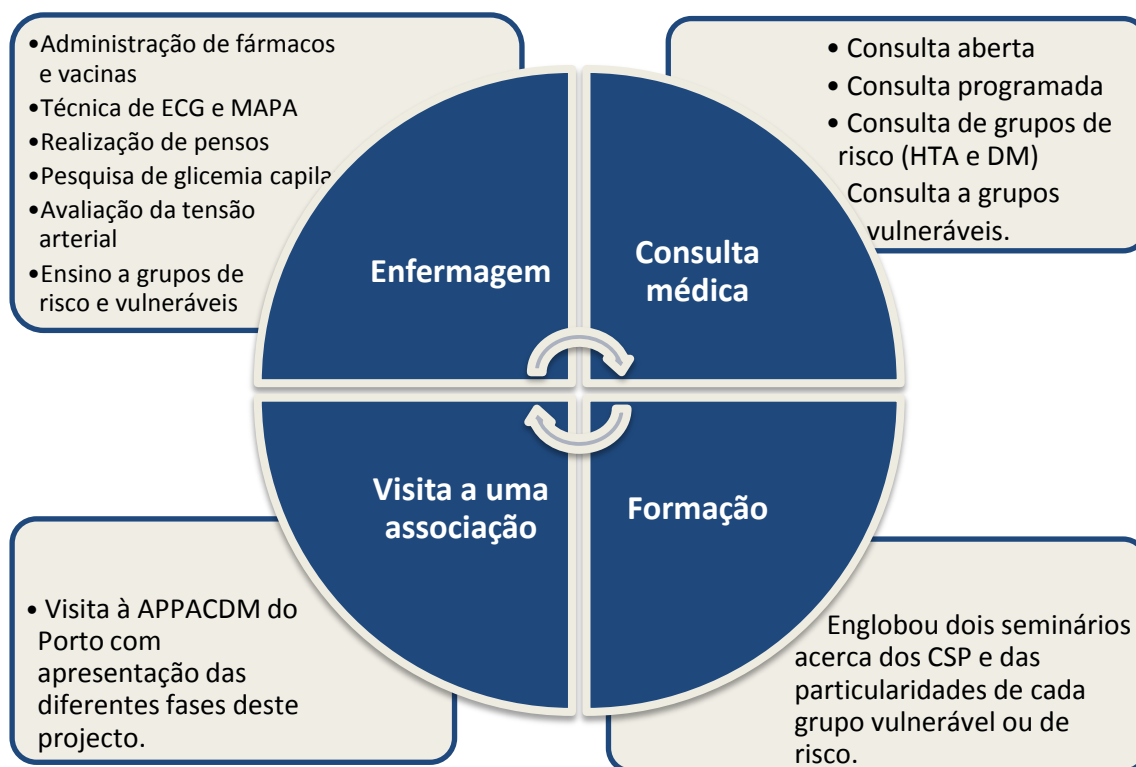


Diagrama 2. Actividades desenvolvidas durante o estágio

Quanto às actividades de formação, consistiram em dois seminários no Departamento de Clínica Geral da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, que tinham como temas fundamentais: familiarizar os alunos com as tarefas e competências a desenvolver durante o estágio; abordar a organização dos CSP e as suas áreas de intervenção, explorando os vários aspectos das consultas de grupos vulneráveis (Saúde Materna, Saúde Infantil, Idoso, HTA, Diabético, entre outras).

Em ambos os locais, a aluna tentou integrar-se na equipa e familiarizar-se com a população em causa, rotinas de trabalho e tarefas específicas, de forma a desenvolver a capacidade de trabalhar em equipa e promover a autonomia nas tarefas que lhe foram destinadas.

Assistiu nos dois centros de saúde a várias consultas, programadas e urgentes. As consultas desenrolam-se em duas etapas. Primeiro, o doente entra em contacto com o enfermeiro, onde é feita a avaliação inicial (dados antropométricos, avaliação da TA e glicemia capilar, quando aplicável). Depois, o doente vai à consulta médica. A aluna teve oportunidade de assistir a todos os processos de atendimento do doente, em cada consulta específica, e não pode deixar de referir o maior acompanhamento do doente que este sistema permite, bem como a maior eficácia na Educação para a Saúde, iniciada pela enfermagem e reforçada na consulta médica. Na UCSP Amares, as consultas de Saúde Infantil são realizadas numa sala própria, em conjunto com a enfermagem; o que cria um ambiente de contacto mais amigável com a criança, facilitando a sua avaliação global. A Consulta de Planeamento Familiar funciona da mesma forma, havendo sempre uma terceira pessoa para lá do médico na sala, gerando maior segurança à doente. Na valência rural, a aluna realizou duas consultas de Planeamento Familiar tutorizadas, onde procedeu à colheita da história, aconselhamento sobre contraceção e prevenção de DSTs e realização da citologia cervico-vaginal.

Esta faceta dos Cuidados de Saúde Primários, em que o espectro de doentes é muito variado, indo da concepção à velhice; permite pôr em prática conhecimentos de áreas muito diversas e específicas, o que é muito estimulante.

O Médico dos CSP aborda o doente num contexto muito abrangente, que engloba a vertente pessoal, familiar e social [3]. A família vai estar presente em toda a prática clínica que envolve a resolução dos problemas de saúde de um indivíduo. A avaliação familiar é, assim, fulcral na prática clínica e é feita através de diversas ferramentas: genograma, Psicofigura de Mitchel, Círculo Familiar de Thrower, entre outras. Conhece-se assim a

família, a rede social de apoio e as relações emocionais entre todos os membros do ecossistema familiar, importantíssimas para a Saúde do paciente. Para além disso, esta informação alargada do paciente possibilita uma estreita relação de empatia com o profissional de saúde, que facilita a relação terapêutica. Foram postas em prática algumas destas ferramentas de avaliação familiar na realização de uma história clínica na Valência Rural (*Apêndice 2*), que a aluna considerou importante, dado o pouco contacto que tinha com as mesmas ao longo do curso. Ainda na abordagem do doente em todas as suas vertentes, destaca-se uma doente em processo de luto pelo marido, falecido há 1 mês, que despoletou uma reflexão acerca deste tema (*Apêndice 3*). Esta doente, seguida desde há longos anos pela orientadora da aluna, bem como o seu marido, era prestadora de cuidados deste desde há 6 anos. Este episódio permitiu entender o verdadeiro papel do médico de família no percurso de vida dos doentes, no acompanhar dos episódios marcantes da vida de uma família, auxiliando-a médica e emocionalmente.

Em termos de aptidões práticas, foi, ainda, permitido aplicar várias técnicas teorizadas durante o curso: medição da TA, pesquisa de glicemia capilar, realização de citologia cervico-vaginal, entre outras. Esta vertente prática do estágio revelou-se fundamental, pois fomentou a autonomia, confiança nas capacidades e consolidação de informação teórica.

O registo de um dia de consultas (*Apêndice 4 e 5*) foi uma ferramenta útil na percepção dos problemas mais prevalentes em cada Unidade de Saúde. Durante uma consulta, a aluna observou uma doente, de 76 anos, com dor abdominal crónica, que motivou a elaboração de um fluxograma de diagnóstico de dor abdominal (*Apêndice 6*), dada a prevalência deste sintoma na população geral.

Um marco importante do estágio de Medicina Comunitária foi a visita à APPACDM do Porto, que aconteceu no dia 7 de Outubro de 2010, de manhã. Revelou-se uma experiência muito enriquecedora e abrangente, permitindo o contacto com uma realidade apartada do meio social. O contacto directo com a deficiência mental, com os obstáculos que se erguem diariamente a quem é portadora dela e com os recursos, a que os profissionais se podem socorrer para melhorar a qualidade de vida destas pessoas, deu um conhecimento que a aluna não possuía. A visita teve enfoque especial nas ferramentas disponíveis para ultrapassar ou minorar as dificuldades específicas destes doentes e das respectivas famílias: o ensino das actividades da vida diária, autonomização funcional das pessoas com deficiência, intervenção precoce como meio para diminuir as limitações cognitivas, afectivas e sociais destes cidadãos,

entre outras. Este conhecimento permite ao médico orientar correctamente as famílias, que entram em contacto primariamente com os CSP, a procurarem ajuda especializada.

No âmbito de um programa de Educação para a Saúde, foi elaborado um panfleto com informações gerais sobre saúde na gravidez (*Apêndice 7*).

SAÚDE MATERNA E PLANEAMENTO FAMILIAR

A diferença económica e educacional entre as populações do CSSJ e da UCSP Amares juntamente com o interesse pessoal na área da Saúde Reprodutiva, motivou a colocação da hipótese de estudar os hábitos das grávidas numa zona rural e numa zona urbana. A gravidez é um período da vida da mulher ideal para promover comportamentos mais saudáveis. Conhecer, então, o estilo de vida das gestantes é fundamental para desenhar intervenções e programas de saúde mais eficazes e direccionados aos comportamentos nocivos mais prevalentes, como o são o tabaco e o álcool, ainda muito comuns na Europa e Estados Unidos da América. Assim, este trabalho foi realizado durante o estágio e encontra-se em apêndice (*Apêndice 8- Caracterização das grávidas em duas Unidades de Saúde do Norte de Portugal*). Trata-se de um pequeno estudo, limitado a um curto espaço de tempo e a um número limitado de grávidas, sobre características sócio-demográficas das grávidas e dos seus comportamentos durante a gravidez em curso. Em seguida, descrevem-se os principais resultados encontrados.

No estudo, obteve-se uma média de idades das grávidas que vai de encontro à tendência geral de iniciar a maternidade cada vez mais tarde, sendo no CSSJ 29,18 e na UCSP Amares 28,95. Nas duas Unidades de Saúde, a maioria das grávidas é casada. Encontraram-se diferenças nos dois locais, no que diz respeito ao nível de formação académica das grávidas; que corrobora o que foi descrito anteriormente na caracterização sócio-económica das duas populações. No CSSJ, 47,1% das grávidas tem o Ensino Superior, enquanto na UCSP Amares a maioria das grávidas (55%) possui como escolaridade o Ensino Secundário. Tratam-se, na maioria, de gestações planeadas (CSSJ= 76,5%; UCSPAmares=75%) em primigestas, de baixo risco.

Quanto a hábitos e factores de risco, destaca-se uma baixa prevalência de fumadoras (CSSJ=5,9%; UCSP Amares=5%), inferior à encontrada noutros estudos efectuados, inclusive na população portuguesa. O mesmo se verifica quanto ao consumo de bebidas alcoólicas, não havendo nenhuma grávida do CSSJ a referir esse consumo e 3 grávidas com esse hábito no

UCSP Amares (15%). No que respeita à prática regular de exercício físico, verifica-se que a grande maioria não tem este hábito (88,2% das grávidas no CSSJ e 70% das grávidas na UCSP Amares), embora a recomendação actual seja de estimular a prática de, pelo menos, 2,5 horas de actividade aeróbica de moderada intensidade por semana em grávidas sem contra-indicações para tal. Relativamente a hábitos alimentares, a maioria das mulheres no CSSJ ingere 4 refeições por dia, enquanto, na UCSP Amares, a grande maioria realiza 5 refeições diárias.

Ainda no âmbito da Saúde Reprodutiva, é de interesse verificar a execução dos programas de Saúde Materna e Planeamento Familiar nas duas Unidades de Saúde em 2010.

Indicadores de Execução	CSSJ	UCSP Amares
% de grávidas com 1ª consulta no 1ºT	96%	90%
% de grávidas com 1ª consulta no 2ºT	3,0%	10%
% de grávidas com 1ª consulta no 3ºT	1,0%	0%
% de grávidas que fizeram revisão do puerpério	85%	51,3%

Tabela 3. Indicadores de execução do Programa de Saúde Materna no CSSJ e na UCSP Amares, Dezembro de 2010

(1ºT, primeiro trimestre de gravidez; 2ºT, segundo trimestre de gravidez; 3ºT, terceiro trimestre de gravidez)

Pela análise da *Tabela 3*, é possível inferir que o CSSJ tem resultados globalmente superiores aos da UCSP Amares, no que diz respeito à Saúde Materna. Em ambos os locais, a percentagem de grávidas com consulta do 1º trimestre está acima de 90%, o que significa que as grávidas contactam precocemente com os CSP, permitindo ao médico o rastreio de patologias e prevenção de comportamentos deletérios. Contudo, a percentagem de grávidas com 1ª consulta no segundo trimestre na UCSP Amares é ainda elevada (10%), bastante superior à do CSSJ. Isto poderá ser explicado por seguimento em consulta privada ou acesso inferior aos CSP em Amares.

Quanto ao puerpério, o CSSJ tem um resultado muito superior ao da UCSP Amares, fazendo um seguimento mais apertado das mulheres no puerpério, importante para

aconselhamento das mães quanto aos cuidados de saúde neo-natal, promoção do aleitamento materno e avaliação da mulher no pós-parto.

Quanto ao programa de Planeamento Familiar, constata-se que os indicadores têm resultados baixos nas duas Unidades de Saúde, apesar de na UCSP Amares a percentagem de mulheres em idade reprodutiva a frequentar actividades de planeamento familiar ser muito mais baixa que no CSSJ (*Tabela 4*). Este facto deve ser revisto, pois uma sexualidade saudável é fundamental para atingir uma sociedade saudável e informada. As actividades de Planeamento Familiar são uma componente fundamental da prestação integrada de cuidados em Saúde Reprodutiva. Como tal, a consulta de Planeamento Familiar assegura, também, outras actividades de promoção da saúde tais como informação e aconselhamento sexual, prevenção e diagnóstico precoce das ITS, do cancro do colo do útero e da mama, prestação de cuidados pré-concepcionais e no puerpério [9]. Assim sendo, é desejável que o maior número possível de mulheres em idade reprodutiva frequente as actividades de Planeamento Familiar nos CSP.

Indicadores de Execução	CSSJ	UCSP Amares
% de mulheres em idade reprodutiva a frequentar actividades de PF	28%	1,4%
Número médio de consultas de PF por utente a fazer o programa	1,5	1,3

Tabela 4. Indicadores de execução do Programa de Planeamento Familiar no CSSJ e na UCSP Amares, Dezembro de 2010

(PF, Planeamento Familiar)

CONCLUSÃO

Como conclusão, destaca-se a importância fundamental da área de CSP na formação médica geral, permitindo um contacto privilegiado com o paciente e oferecendo a percepção da verdadeira importância da abordagem biopsicossocial na relação terapêutica. A Medicina Geral e Familiar lida com as pessoas e os seus problemas no contexto das suas circunstâncias de vida, mantendo de fora qualquer impessoalidade. O início de todo o processo é o paciente. Foi interessante verificar que é tão importante compreender como o paciente consegue viver a sua vida e encarar a sua doença, como abordar o processo patológico em si. A relação entre o Médico de Família e o doente é terapêutica por si só. Deve ser realçada, ainda, a necessidade da intervenção a nível dos CSP ser apropriada, efectiva e, sempre que possível, baseadas em evidência científica adequada, sob pena daí resultar dano para o doente e para os Serviços de Saúde.

A aluna considera, portanto, os objectivos a que se propôs no início completamente cumpridos, tendo-se revelado uma experiência muito enriquecedora em termos práticos e teóricos. Não pode deixar de referir, como nota final, o pouco contacto com os CSP durante o curso, devendo esta área ocupar um lugar de maior destaque na formação médica geral. Os CSP são a base na abordagem dos problemas de saúde, pelo seu potencial de proximidade do doente, personalização, capacidade de estratificação dos problemas e acções de prevenção. Esta área, portanto, absorverá muitos dos médicos, sendo essencial o investimento no contacto precoce e continuado durante o curso.

BIBLIOGRAFIA

1. Allen J, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P, Evans P. Definição Europeia de Medicina Geral e Familiar. Europa: WONCA, 2002.
2. World Health Organization. The World Health Report 2008: Primary Health Care – Now More Than Ever. 1st ed. Switzerland: WHO Press, 2008.
3. Hespanhol, AP, Couto, L, Martins, C. A Medicina Preventiva. Rev Port Clin Geral 2008; 24: 49-64.
4. 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: 171-86.
5. Hespanhol, A., Sousa Pinto, A. Cinco anos do Centro de Saúde São João “Tubo de Ensaio”. Arq Med 2005, 19 (3): 103-11.
5. Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro
6. Instituto Nacional de Estatística. Anuário de Estatística da Região Norte 2007. Portugal: INE, 2009
7. Perfil Local de Saúde 2009 ACES Porto. Administração Regional da Saúde do Norte, I.P. Porto; 2009.
8. Perfil Local de Saúde 2009 ACES Gerês/Cabreira. Porto: Administração Regional da Saúde do Norte, I.P., 2009.
9. Direcção Geral da Saúde. Programa Nacional de Saúde Reprodutiva. Orientações técnicas da DGS, 2008

APÊNDICES

ÍNDICE DE APÊNDICES

APÊNDICE 1 - Cronograma do Estágio.....	
APÊNDICE 2 – História Clínica	
APÊNDICE 3 – Reflexão sobre Processo de Luto	
APÊNDICE 4 – Registo de um dia de consultas no CSSJ	
APÊNDICE 5 – Registo de um dia de consultas na UCSP Amares	
APÊNDICE 6 – Fluxograma “Dor Abdominal”	
APÊNDICE 7 – Panfleto Informativo sobre Gravidez	
APÊNDICE 8 - Caracterização das grávidas em duas Unidades de Saúde do Norte de Portugal	

APÊNDICE 1 - Cronograma do Estágio

Módulo Urbano				
27/09	28/09	29/09	30/09	01/10
Seminário	Enfermagem Consulta Aberta Saúde de Adultos	Enfermagem	Consulta geral	Saúde de Adultos
04/10	05/10	06/10	07/10	08/10
Consulta aos funcionários da UP – (Universidade Portucalense)	Feriado	Enfermagem	Visita à APPACDM Consulta Geral	Consulta Geral

Módulo Rural				
11/10	12/10	13/10	14/10	15/10
Seminário	Saúde de Adultos	Consulta Geral Consulta Aberta	Enfermagem (diabéticos / saúde materna)	Saúde de Adultos
18/10	19/10	20/10	21/10	22/10
Saúde de Adultos	Saúde de Adultos	Consulta de Diabéticos Saúde de Adultos	Consulta de Planeamento Familiar Consulta de Saúde Materna	Saúde infantil Saúde de Adultos

APÊNDICE 2 – História Clínica

HISTÓRIA CLÍNICA

I. RECOLHA DE INFORMAÇÃO

Local: Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Amares

Data e hora: 20 de Outubro de 2010

Fonte e fiabilidade da informação: A doente forneceu a sua história clínica. Informação aparentemente fiável.

II. IDENTIFICAÇÃO

Nome: MCMF

Sexo: Feminino

Idade: 53 anos

Naturalidade: Amares

Residência: Amares

Profissão: Doméstica

Estado Civil: Casada

III. ANTECEDENTES PESSOAIS

Doenças anteriores:

- Dislipidemia
- Hipertensão arterial
- Varizes
- Síndrome do túnel cárpico, diagnosticado em 2009
- Refere episódios de pieira de predomínio nocturno, desde criança.

Doenças de infância:

- Varicela aos 8 anos de idade

Internamentos e cirurgias prévias:

- Internada em 1980 e 1981 aquando do parto das suas filhas.
- Nega ter realizado qualquer cirurgia.

Transfusões, acidentes ou traumatismos graves

Nega transfusões, acidentes ou traumatismos graves.

Hábitos e estilo de vida

Hábitos alcoólicos: bebe esporadicamente meio copo de vinho a acompanhar a refeição.

Nega hábitos tabágicos, consumo de café e uso de drogas ilícitas.

Dieta diversificada, sem restrições. Consumo preferencial de carnes brancas e peixe.

Realiza 4 refeições por dia.

Nega a prática de exercício físico regular.

Alergias:

Desconhece história de alergias a medicamentos e alimentos.

Imunizações:

Afirma ter o Plano Nacional de Vacinação actualizado.

História ginecológica:

Menarca aos 16 anos. Ciclos menstruais regulares, com interlúnios de 27 dias e cataménios de 5 dias, com fluxo abundante, não associado a dismenorreia. Doente no climatério. Refere última menstruação em Julho de 2010.

Nega metrorragias, coitorragias, leucorreia, dor pélvico-abdominal crónica ou história de doenças de transmissão sexual.

Realizou último exame citológico cérvico-vaginal em 2005. Doente afirma nunca ter um resultado anormal nas citologias anteriores.

História obstétrica:

G2P2. Duas gestações, dois partos a termo. Na primeira gestação, doente contraiu provavelmente rubéola, da qual soube após o parto, aquando da investigação do recém-

nascido por surdez congénita. Segunda gestação sem intercorrências. Ambos os partos foram eutócitos.

História social e profissional:

A paciente trabalha na agricultura, por conta de outrem. Sempre teve esta ocupação profissional. Ocupa-se também das actividades domésticas diárias.

Actualmente, reside com o marido em moradia própria. Tem electricidade, água do sistema de abastecimento público e saneamento básico. Não tem animais de estimação. O suporte financeiro familiar consiste no ordenado do seu marido e no seu ordenado.

Convive pouco com os irmãos, devido à distância que os separa fisicamente. Mantém excelentes relações com o marido e as filhas, como está explícito mais abaixo na avaliação familiar (Psicofigura de Mitchel).

Terapêutica habitual no ambulatório

- Montelukast, um comprimido uma vez dia

- Eterocoxib

- Bisoprolol

- Bioflavonóides

Antecedentes familiares

O pai faleceu aos 72 anos de morte súbita, na sequência de um enfarte agudo de miocárdio (sic). A doente desconhece se sofria de alguma patologia.

A mãe tem 78 anos. Como patologias conhecidas, tem diabetes mellitus tipo 2 e sofre de patologia osteoarticular (não sabe especificar). Tem história de patologia psiquiátrica, motivo pela qual esteve internada há uns anos (sic).

Nega a existência de qualquer patologia que afecte os irmãos. Refere que são todos saudáveis. A doente desconhece a causa de morte dos três irmãos falecidos na infância.

A filha mais velha tem 30 anos e é surda. Tem asma. A filha mais nova tem 29 anos e é saudável.

Nega outros antecedentes familiares patológicos de relevo.

IV. Biopatografia:

M.C.F. nasceu em 1958 em Amares, tendo o parto ocorrido em casa. Refere que os seus pais trabalhavam na agricultura, habitando numa casa simples com electricidade, mas sem água da rede pública de abastecimento, nem saneamento básico. Passou a infância com os irmãos, com os quais mantinha uma relação muito próxima.

Em 1966, teve varicela.

Frequentou a escola até aos 12 anos de idade, altura em que acabou o 4ºano de escolaridade. Foi trabalhar na Agricultura, actividade que realiza até à data.

Casou-se em 1978, com o actual marido mais velho um ano. Ele trabalha na agricultura e têm uma relação muito próxima.

Em 1980, engravidou da sua primeira filha e, durante a gestação contraiu rubéola. A filha nasce surda. Esta situação trouxe muita ansiedade à doente e ao marido. Contudo, conseguiram ultrapassar esta crise e apoiaram-se mutuamente para proporcionar um ambiente de estimulação e integração a esta filha, apesar dos escassos recursos financeiros.

Em 1981, nasce a sua segunda filha, saudável.

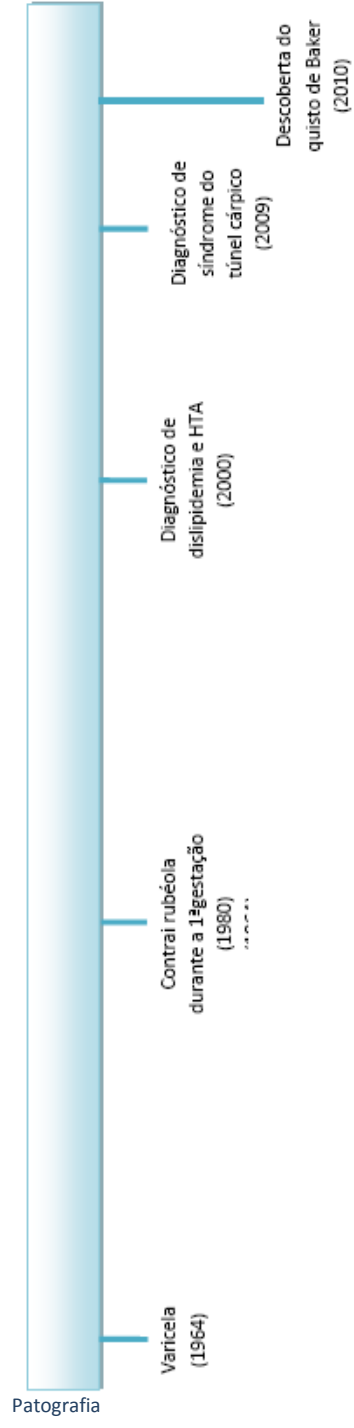
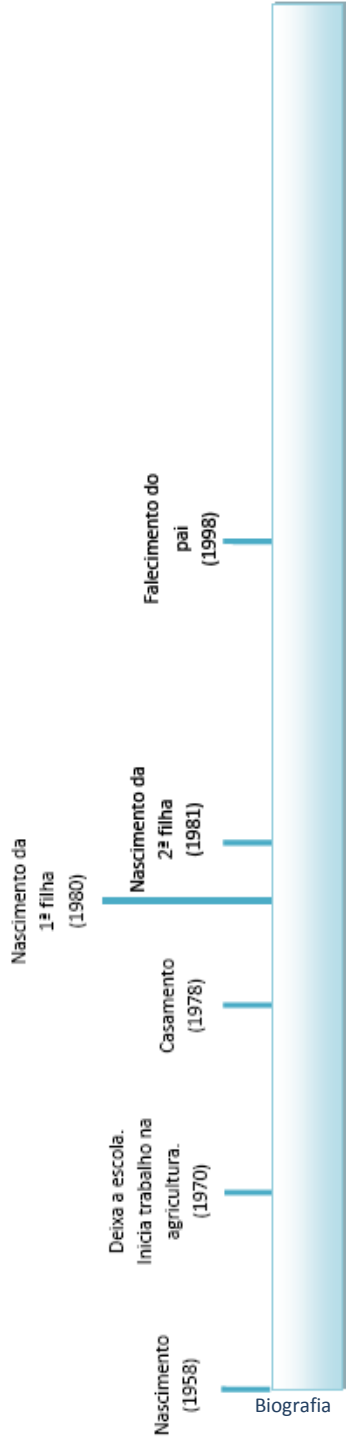
Durante a infância das filhas, viveu um período de maior dificuldade financeira, para conseguir proporcionar os tratamentos necessários à reabilitação e integração social da filha mais velha, como já tinha referido. Ultrapassada esta etapa, a doente considera que a filha actualmente está totalmente integrada, encontrando-se casada e a trabalhar num escritório. Este facto deixa a doente bastante orgulhosa.

O pai faleceu em 1998, episódio que lhe causou bastante tristeza.

Por volta de 2000, foi-lhe diagnosticado dislipidemia e hipertensão arterial, para as quais foi medicada.

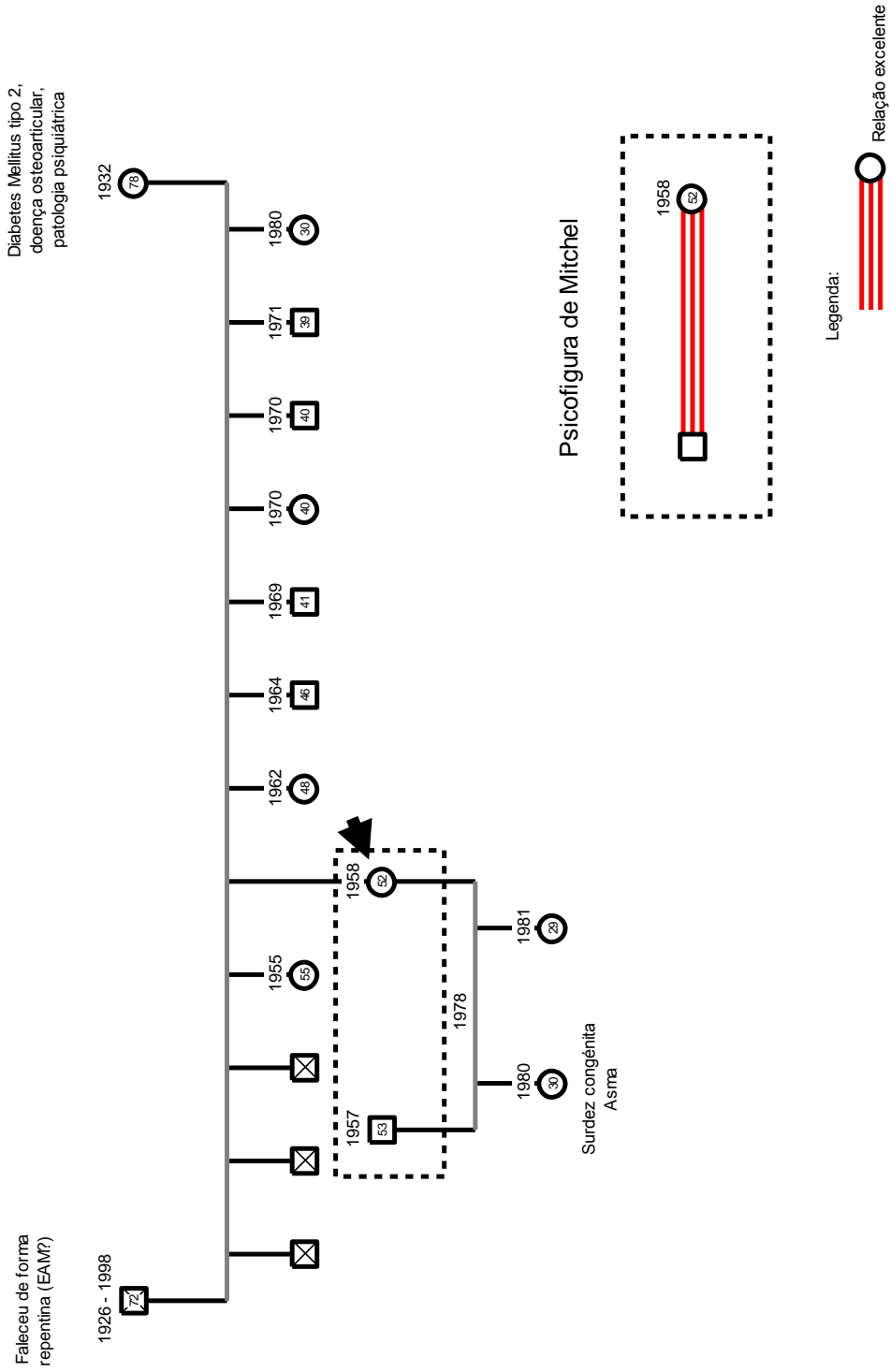
Em 2009, inicia queixas de parestesias e fraqueza muscular em ambas as mãos, sendo diagnosticado síndrome do túnel cárpico. Foi encaminhada para Cirurgia para o Hospital de São Marcos e continua a aguardar consulta.

Em Julho de 2010, foi descoberto um quisto de Baker à direita, por queixas de extensão dolorosa do joelho e tumefacção palpável na fossa poplíteia direita.



V. ABORDAGEM FAMILIAR

Genograma Familiar:



✚ Índice de Graffar adaptado:

Profissão: 4 (agricultora)

Instituição: 5 (4º ano de escolaridade)

Fonte principal de rendimento: 3 (vencimento fixo)

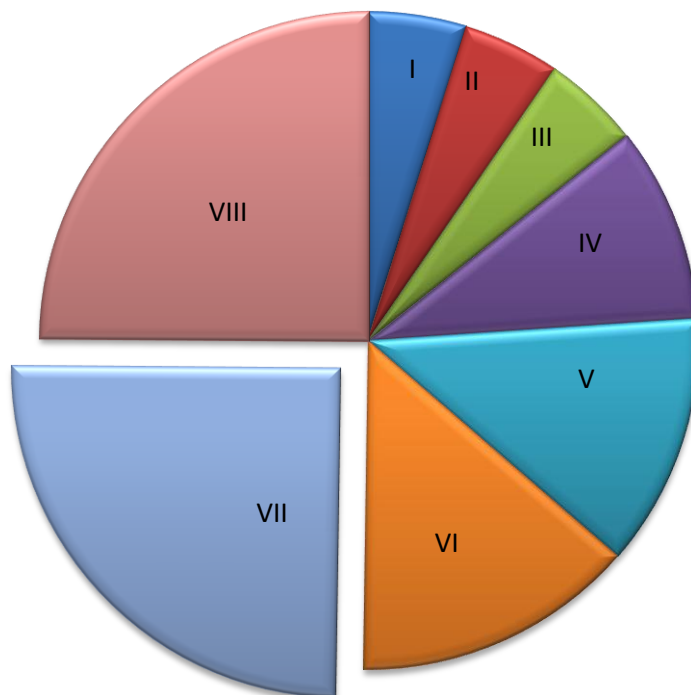
Conforto do alojamento: 3 (casa modesta e em bom estado de conservação, bem iluminado e arejada, com cozinha e casa de banho)

Aspecto do bairro habitado: 3

PONTUAÇÃO: 18

POSIÇÃO SOCIAL: IV – Classe Média/Baixa.

✚ Ciclo de Vida Familiar de Duvall:



O agregado familiar da doente encontra-se no Estadio VII, que corresponde a progenitores na meia idade (desde o ninho vazio até à reforma).

✚ Dinâmica Familiar de Minuchin

Segundo o conceito de dinâmica familiar de Minuchin, que avalia o elo emocional e o apoio que os elementos de uma família se dão entre si, esta família pode ser considerada coesa.

✚ **Apgar Familiar de Smilkstein:** esta ferramenta avalia o modo como o indivíduo sente a sua posição na família, medindo 5 funções familiares, discriminadas na primeira coluna da tabela.

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

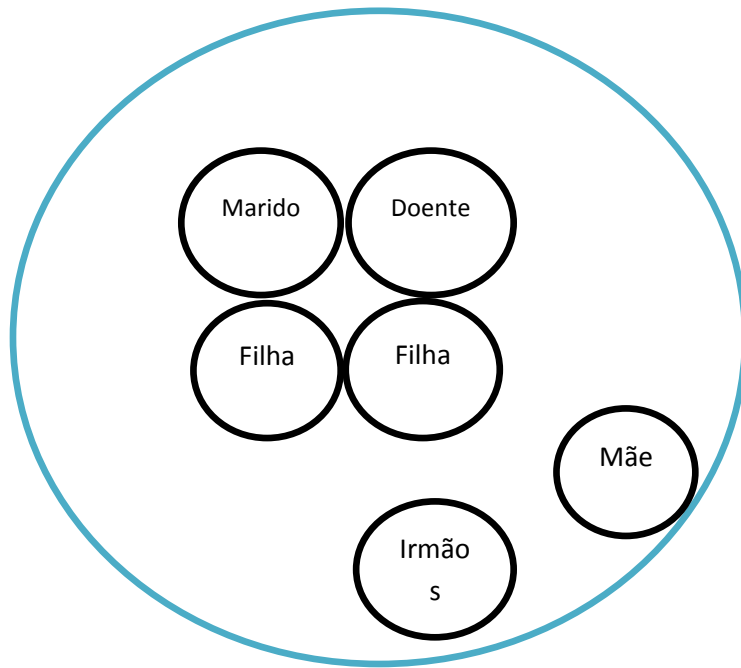
Pontuação: quase sempre – 2 pontos; algumas vezes – 1 ponto; quase nunca – 0 pontos.

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

✚ **Círculo Familiar de Thrower**

Constitui a representação gráfica do valor que têm para o indivíduo as pessoas (família, amigos). Pediu-se à doente que representasse no círculo os elementos da família e ela própria.

Esta representação revela uma relação próxima entre a doente, o marido e as filhas; semelhante entre eles, que respeita a individualidade de cada um. Em relação à mãe e aos irmãos, depende-se um afastamento da família nuclear em relação a estes.



✚ 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.

Avaliação do Risco Familiar

○ Critérios 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 da doente não possui nenhum dos itens atrás descritos, pelo que a classificação é de **baixo risco familiar**.

○ Critérios de Segóvia e Dreyer

1 Ponto	2 Pontos
<ul style="list-style-type: none"> - Morbilidade Crónica - Invalidez - Hospitalizações frequentes - Mãe analfabeta - Mãe solteira - Chefe de família desempregado - Ausência temporária de um dos pais - Chefe de família com emprego temporário - Morte de pai ou mãe 	<ul style="list-style-type: none"> - Alcoolismo - Droga - Desnutrição - Ausência de um dos pais - Pais analfabetos - Apgar familiar < 4 - <u>Filho deficiente</u> - Chefe de família preso - Filho com carências afectivas graves

Segundo estes critérios, a família tem uma classificação de 2 pontos, o que significa um baixo risco familiar, como obtido pelos critérios anteriores.

VI. FOLHA DE CONSULTA

SUBJECTIVO

Doente com queixas de dor à mobilização do joelho direito, com alívio pelos AINE's. Refere sensação de cansaço nos membros inferiores.

OBJECTIVO

✘ **Estado Mental:** Doente consciente, colaborante, orientada no espaço e no tempo, com discurso coerente, fluente, com timbre e volume de voz adequados.

✘ **Dados biométricos:**

Peso: 58kg

Altura: 1,52 m

IMC: 25,1 kg/m²

✘ **Sinais vitais:**

Temperatura axilar: 36°C.

Pressão Arterial: 142 /105 mmHg.

Pulso radial: 78 ppm, regular, rítmico, amplo e simétrico.

Frequência Respiratória: 20 ciclos/minuto, com movimentos tóraco-abdominais simétricos e regulares, sem período expiratório prolongado.

✘ **Pele e faneras**

Distribuição pilosa adequada ao sexo e à idade. Anictérica. Corada e hidratada. Ausência de lesões cutâneas generalizadas ou cicatrizes. Unhas e leitos ungueais sem alterações.

✘ **Cabeça**

Crânio simétrico, sem deformações ou tumefacções evidentes ou palpáveis. Cabelo de aspecto normal, regularmente implantado. Ausência de alopecia ou de lesões aparentes do couro cabeludo. Não são visíveis nem palpáveis tumefacções.

Facies incaracterístico, com mímica facial mantida e simétrica. Fendas palpebrais simétricas com orientação normal. Globos oculares simétricos, sem exoftalmia, enoftalmia. Esclerótica branca e íris castanha. Ausência de opacidade da córnea ou do cristalino. Pupilas

iso e normocóricas. Conjuntiva sem sinais inflamatórios. Sem ptose ou lagofthalmia ou epicanto.

Pavilhões auriculares de implantação e morfologia normais. Fenda labial simétrica. Lábios corados e hidratados, sem fissuras, úlceras ou outras lesões, não cianosados. Comissuras labiais sem desvios. Mucosa oral corada e hidratada. Língua centrada, com mobilidade conservada, húmida, sem alterações.

✘ **Tórax:**

Inspecção: Conformação e dimensões mantidas e simétricas, sem deformações aparentes, erupções cutâneas, exantemas ou epquimoses. Tórax móvel e expansível com os movimentos respiratórios, sem deformidades da grelha costal com os mesmos. Movimentos respiratórios amplos, simétricos, sem sinais de tiragem. Pieira audível.

Auscultação Pulmonar: Sons respiratórios mantidos bilateralmente e simétricos em todo o campo pulmonar. Ausência de ruídos adventícios.

Auscultação Cardíaca: Primeiro e segundo sons cardíacos audíveis em todos os focos. Terceiro e quarto sons não audíveis. Não se auscultam sopros, atritos ou quaisquer outros ruídos adventícios.

✘ **Abdómen:**

Inspecção: Abdómen simétrico e móvel com os movimentos respiratórios, com sincronismo tóraco-abdominal. Sem deformações localizadas ou generalizadas, pulsações ou circulação colateral visível ou outras alterações da pele. Cicatriz umbilical centrada e normalmente deprimida. Sem peristaltismo visível.

Auscultação: Ruídos hidroaéreos mantidos, de timbre, intensidade e frequência com características normais, em todos os quadrantes do abdómen. Não se auscultam sopros.

Palpação:

Palpação Superficial – indolor, com sensibilidade mantida. Não se detectam massas na espessura da parede abdominal. Sem contractura, nem defesa.

Palpação Profunda – abdómen mole e depressível, indolor em todos os quadrantes. Sem organomegalias ou outras massas palpáveis. Sem pulsações anormais.

Percussão: Som timpânico normal em todo o abdómen.

✘ **Sistema musculoesquelético:**

Membros Superiores: simétricos, sem desvios axiais, com dimensões proporcionadas e conservação do número normal de dedos. Massas musculares normalmente desenvolvidas e tónus muscular mantido. Sem redução da amplitude de movimentos. Força muscular preservada.

Membros Inferiores: simétricos, sem desvios axiais, com dimensões proporcionadas. Sem edemas. Tónus muscular mantido e simétrico. Dor à mobilização passiva e activa da articulação do joelho direito, com conservação da amplitude articular. Força muscular preservada.

ANALÍTICO

Ecografia das partes moles – quisto de Baker à direita.

PLANO TERAPÊUTICO

- Encaminhamento para Cirurgia, para remoção do quisto.
- Aconselhamento para retomar o rastreio do cancro do colo do útero, com marcação de uma consulta de Planeamento Familiar, também para acompanhar o processo de menopausa.
- Marcar consulta de vigilância de grupo de risco (hipertensão arterial).

VII. LISTA DE PROBLEMAS

ACTIVOS	PASSIVOS
HTA (desde há 10 anos)	Varicela em 1964
Dislipidemia (desde há 10 anos)	Rubéola em 1980, durante a gestação
Síndrome do túnel cárpico	Morte do pai em 1998
Quisto de Baker direito	Ansiedade relacionada com a surdez congénita da primeira filha (durante o processo de crescimento)

BIBLIOGRAFIA

- ✚ Caeiro, RT. Registos clínicos em Medicina Familiar. 1ª Edição. Instituto de Clínica Geral da Zona Sul, 1991.
- ✚ Martins C, Fonseca I, Costa P. Uma avó e dois netos adolescentes: um «agregado» de problemas. Rev Port Clin Geral 2000; 16:313-28

APÊNDICE 3 – Reflexão sobre Processo de Luto

A ideia desta reflexão surgiu na sequência de uma consulta a uma senhora de 71 anos, doente de longa data da minha tutora, bem como o seu marido; que em muito me impressionou. A doente estava em processo de luto pelo marido, falecido há cerca de um mês, do qual era prestadora de cuidados desde há 6 anos, altura em que a demência vascular se agravou em resultado de uma série repetida de AVC's. A doente apareceu à consulta de negro integral na roupa e na expressão facial, que demonstravam a profunda tristeza em que se encontrava mergulhada. A paciente queixou-se, além da tristeza, saudades e solidão emocional, de um cansaço extremo, manifestado apenas após a morte do cônjuge, resultado do esforço físico e emocional que necessitou fazer nestes últimos anos para prestar os cuidados necessários ao seu companheiro de vida toda, que, no final já não era a pessoa que sempre conheceu. É necessário acompanhamento do profissional de saúde durante este tempo, pois a demência de pessoa próxima é um acontecimento desestruturante em qualquer família, sobretudo devido à mudança progressiva do familiar que altera o comportamento ou perde capacidades. Obriga, portanto, a um reajuste de papéis, a encontrar mais recursos (materiais e emocionais) de forma a lidar com este acontecimento. Aí, entra o médico de família, pois a família é um sistema e uma mudança num dos membros provoca necessariamente repercussões sobre todos os membros da célula familiar, a nível emocional e de saúde também; pelo que é necessário auxiliar a família neste processo. Cabe ao médico ajudar a encontrar soluções de apoio social se for necessário, prestar apoio psicológico básico à família e ao doente; para que esta não entre em ruptura e se reajuste a um novo modelo de relações e papéis necessários a esta nova realidade. Todo este contexto de doença crónica antes da morte influencia o processo de luto, sobretudo da pessoa que prestava cuidados. O tempo consumido na doença do cônjuge pode agora ser utilizado noutras actividades, descobertas ao longo do processo de luto, mas que podem dar origem a sentimentos de culpa, por estar a descobrir prazer em novas actividades. O sentimento de culpa é normal durante o processo de luto, bem como outros: a solidão emocional ou física; o choro; o aperto no peito; a dor profunda; confusão; sensação de presença e de ver o falecido, experiências ilusórias que são normalmente passageiras, ocorrendo com frequência umas semanas após a morte, e que não são indicadores de luto complicado.

O processo de luto passa por quatro tarefas, essenciais para que seja bem sucedido. A primeira consiste em aceitar a perda, mesmo que se trate de uma perda esperada, como no caso da paciente. Depois, é necessário lidar com a dor do luto, mais ou menos intensa e que

pode ser sentido de várias maneiras, mas que existe sempre e, portanto, a tarefa consiste na confrontação com a realidade de que a pessoa morreu e não irá voltar. Quando tal não acontece, a pessoa encontra-se em negação, que pode ocorrer a vários níveis: factos da perda (manter os objectos do falecido para que os possa voltar a usar), significado da perda (torná-la menos significativa do que é na realidade) e irreversibilidade da perda (ter esperança num reencontro, é normal nas primeiras semana, após isso não é normal). Após a conclusão desta tarefa, é necessário adaptar-se ao ambiente no qual falta a pessoa que morreu, processo em que a doente se encontra. É preciso adaptar-se externamente - a forma como a morte influencia o funcionamento quotidiano da pessoa; internamente - a forma como a morte influencia a imagem de si; e a nível espiritual - a forma como a morte influencia as crenças, os valores e a visão do mundo que a pessoa tem. Após a morte de um ente querido, o papel da pessoa perante o mundo, perante si própria e perante a vida muda e tem que ser reaprendido. No final desta tarefa, a pessoa deverá estar apta a continuar as suas tarefas e deve ter adquirido novas capacidades de lidar com o mundo. A última tarefa passa por reenquadrar emocionalmente a pessoa que morreu e prosseguir com a sua vida, não se desligando da pessoa falecida, mas guardá-la num lugar de boas memórias, de ligação emocional, que lhe permita adquirir novas relações emocionais. Esta, para muitas pessoas, é a tarefa mais difícil de concluir, o que implica manter a sua vida em suspenso a partir daquele momento.

O processo de luto compreende estas 4 tarefas que, apesar de as ter enumerado sequencialmente, não necessitam de ser executadas por esta ordem. É difícil determinar o final do processo de luto, contudo há algumas atitudes do doente que podem fazer adivinhá-lo: conseguir pensar no falecido sem sentir dor; quando as pessoas voltam a demonstrar interesse pela vida, se sentem mais esperançosas, se adaptam a novos papéis, desenvolvem novas actividades.

Depois desta breve reflexão, pode realçar-se a importância do médico de família ao longo do luto, pois, como segue o doente há vários anos e normalmente a sua família, consegue perceber as mudanças emocionais ou comportamentais subtis que ocorrem e detectar se algo de errado se passar. A empatia estabelecida com o doente consegue alcançar a confiança necessária para o doente se expor perante o médico, dando-lhe a possibilidade única de perceber se o luto está a correr como deveria ou se, pelo contrário, é necessário intervir a nível dos Cuidados de Saúde Primários ou encaminhar para um especialista de Saúde Mental. Quero apenas salientar, em última análise, que não deve ser expectável que, após o processo de luto não complicado, se volte ao estado anterior à morte do ente querido. Ou seja, o

processo não é linear, tem altos e baixos e haverá alturas em que a tristeza e a saudade irão regressar pontualmente. Nesses momentos, as emoções que surgirem devem ser novamente trabalhadas com o doente.

BIBLIOGRAFIA:

1. Bayle, FC. O demente, a família e as suas necessidades. *Análise Psicológica*. 2004, p. 621-6.
2. Worden, JW. *Grief counselling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner*. 3rd ed. Hove: Brunner-Routledge, 2002.
3. Couto FC, Mendonça A. Sintomas psiquiátricos e comportamentais da demência. *Rev Port Clin Geral* 2010; 26:55-60.
4. Nunes, JMM. *Comunicação em contexto clínico*. Lisboa: Bayer Health Care, 2007.
5. Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. *A consulta. Uma abordagem à aprendizagem e ensino*. Departamento de Clínica Geral, 1993.

APÊNDICE 4 – Registo de um dia de consultas no CSSJ

DATA	IDENTIFICAÇÃO	MOTIVO DE CONSULTA	PROBLEMAS DE SAÚDE E EXAME OBJECTIVO	REFERÊNCIA PARA	RETORNO
30/09/2010	MFSMP, ♀, 69 anos	- Consulta de rotina/ acompanhamento geral.	<p>✘ <u>Exame objectivo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Tensão arterial (TA) elevada: 173/69 mmHg; - Valor de hemoglobina glicada elevado: 8,5. <p>✘ <u>Antecedentes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - hipertensão arterial (HTA); - Diabetes Mellitus tipo 2; - hipercolesterolemia; - hipertensão ocular. 		
30/09/2010	ASSC, ♀, 27 anos	<p>- <u>Consulta Aberta:</u> Tensão arterial elevada (146/99mmHg). Após administração de Captopril 25mg, 135/91mmHg (1/2 h depois). Doente refere queixas de visão turva, dor no ombro esquerdo com irradiação para o braço, tontura e cefaleias no final do dia.</p>	<p>✘ <u>Antecedentes:</u> Realizou MAPA há dois anos, sem anomalias.</p>	Encaminhada para consulta com o médico assistente	
30/09/2010	MDC, ♀, 69 anos	- Consulta de rotina /			

		acompanhamento geral. - Mostra os exames complementares pedidos na última consulta.	- Prova de esforço negativa para isquemia miocárdica, com capacidade de esforço normal; - Estudo analítico: elevação do colesterol total . ✘ <u>Antecedentes:</u> - hipertensão arterial; - litíase vesicular; - hipercolesterolemia.		
30/09/2010	GBS, ♂, 4 anos	- Consulta Aberta: Doente apresenta queixas de tosse, rinorreia e anorexia ligeira.	Doente assintomático até há três dias atrás, quando inicia tosse produtiva, não emetizante. Associada a rinorreia e anorexia ligeira. Mãe nega febre ou outros sintomas associados. ✘ <u>Exame objectivo:</u> - Hipertrofia amigdalina. - Orofaringe ruborizada, com secreções não purulentas. - Auscultação pulmonar: sons respiratórios presentes, simétricos. Sem ruídos adventícios.		
30/09/2010	MCSM, ♀, 85 anos	Cansaço acentuado, lombalgias intensas. Agravamento da incontinência urinária.	✘ <u>Exame físico:</u> - TA -139/72mmHg; - FC-95bpm.		

			<ul style="list-style-type: none"> - ligeiro edema dos membros inferiores. <p>✘ <u>Antecedentes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Doença de Alzheimer; - Tumor cerebral com edema associado. Realizou tratamento com Medrol, mas mantém edema cerebral. 		
30/09/2010	MLPCP, ♀, 63 anos	Consulta de rotina / acompanhamento geral	<p>✘ <u>Exame objectivo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - auscultação cardíaca: normal; - auscultação pulmonar: sons respiratórios presentes bilateralmente, simétricos. Houve-se apenas 1 sibilo. <p>✘ <u>Antecedentes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - depressão; - tentativa de suicídio; - osteoporose; - enfisema; - DPOC. 		

30/09/2010	MCP, ♀, 75 anos	- Doente com queixas de dispneia, fadiga e dores torácicas, desencadeadas pelo esforço e pela tosse.	<p>✘ <u>Exame objectivo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - TA-123/76mmHg; FC-62bpm; - ACP sem alterações. <p>✘ <u>Antecedentes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - estenose severa da válvula aórtica, corrigida com prótese biológica em Janeiro de 2008; - hemorróides externas; - ligeira insuficiência mitral. 		
30/09/2010	AJP, ♂, 72 anos	- Consulta de hipertensão	<p>✘</p> <p>✘ <u>Exame objectivo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - TA - 137/75 mmHg; FC - 53 bpm; - ACP - sem alterações. <p>✘ <u>Antecedentes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - hipertensão arterial. 		
30/09/2010	JCEG, ♂, 64 anos	Consulta de rotina / acompanhamento geral			

			<p>✘ <u>Antecedentes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Perturbação de stress pós-traumático; - alcoólico em recuperação desde há 3 meses; - dislipidemia; - psoríase; - osteoporose; - taquicardia sinusal. 		
30/09/2010	GANR, ♀, 25 anos	<ul style="list-style-type: none"> - Lombociatalgia, motivo pelo qual recorreu na semana anterior à Consulta Aberta. Encontra-se a fazer injectável de Relmus + Profenod. Realizou um radiografia da coluna lombar. - Apresenta também dores abdominais em cólica, recorrentes nos últimos meses. 	<p>✘ <u>Resultado da radiografia:</u> Ténue curvatura escoliótica lombar de convexidade direita. A nível da charneira, topografia mais elevada da vértebra pivot por desencastamento da chanfradura inter-ilíaca. Apresenta instabilidade, com consequente síndrome algico</p> <p>✘ <u>Exame objectivo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Abdómen: palpação superficial e profunda dolorosa nos quadrantes superior e inferior esquerdos. Timpanismo genralizado. <p>✘ <u>Antecedentes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Síndrome do intestino irritável. 		

30/09/2010	LFF, ♀, 34 anos	Apresenta fadiga e queixa-se de falta de atenção e memória.	<p>✘ <u>Antecedentes:</u></p> <p>- Bócio nodular actualmente não funcionante.</p>		
30/09/2010	CIO, ♀, 36 anos	Doente apresenta queixas de parestesias na metade interna da palma da mão.	<p>Provável Síndrome do Túnel Cárpico.</p> <p>✘ <u>Antecedentes:</u></p> <p>- obesidade.</p>	<p>Referenciada para consulta de Cirurgia, para avaliação e pedido de electromiografia.</p> <p>Aguarda Consulta de Obesidade.</p>	

APÊNDICE 5 – Registo de um dia de consultas na UCSP Amares

DATA	IDENTIFICAÇÃO	MOTIVO DE CONSULTA	PROBLEMAS DE SAÚDE E EXAME OBJECTIVO	REFERÊNCIA PARA	RETORNO
13/10/2010	BPC, ♀, 70 anos	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta para vigilância da pressão arterial - Prescrição de receituário crónico. - Queixa de hipovisão bilateral. 	<ul style="list-style-type: none"> ✘ <u>Antecedentes:</u> - hipertensão arterial; - dislipidemia 	Encaminhado para consulta de Oftalmologia, por queixa de hipovisão	
13/10/2010	CVMM, ♀, 60 anos	<ul style="list-style-type: none"> - Pede credencial para realização de fisioterapia, para reabilitação motora pós-AVC. 	<ul style="list-style-type: none"> ✘ <u>Antecedentes:</u> - hipertensão arterial complicada, dois acidentes vasculares cerebrais, o último ocorreu há um mês, do qual resultou uma hemiparésia direita. 	Medicina Física e Reabilitação	
13/10/2010	LMF, ♀, 89 anos	<ul style="list-style-type: none"> - Mostrar radiografia da anca, pedida na última consulta, na sequência de uma queda, após a qual manifestava queixas álgicas persistentes. - Refere melhoria das queixas. 	<ul style="list-style-type: none"> ✘ A radiografia não mostrou alterações significativas. ✘ <u>Antecedentes:</u> - diabetes mellitus tipo 2; - psoríase; - depressão; - osteoporose; - dislipidemia. 		

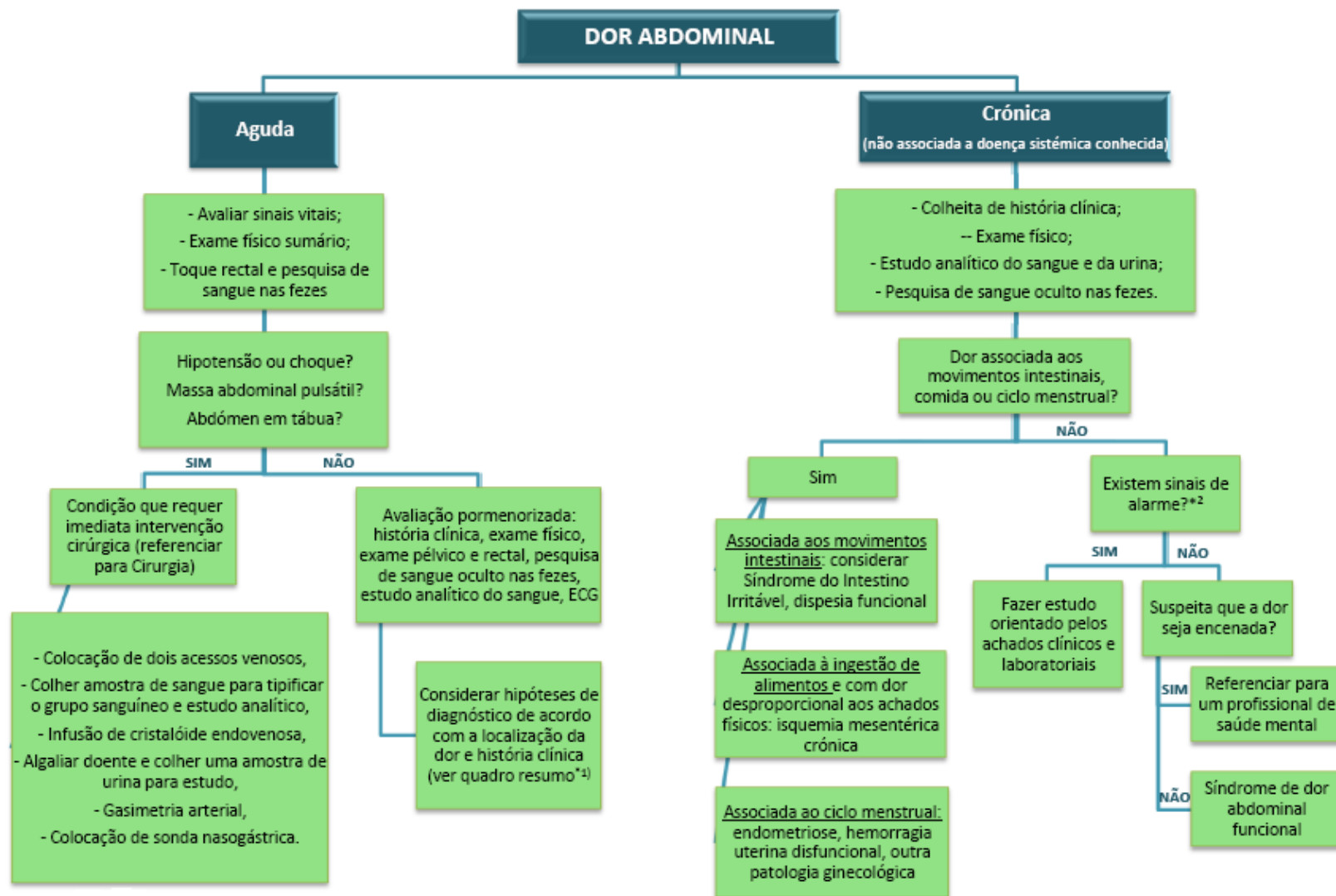
13/10/2010	RMRAMD, ♂, 29 anos	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta de rotina/ acompanhamento geral. - Vem à consulta para pedir a 2ª dose da vacina da hepatite A. 	Saudável		
13/10/2010	JLG, ♂, 74 anos	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta não presencial. Vem a esposa e a filha à consulta. Foi-lhe prescrito um antibiótico devido a uma otite média externa, numa consulta domiciliária. Contudo, doente mantém queixas (dor e secreção purulenta) 	Doente acamado.		
13/10/2010	RCSP, ♀, 63 anos	<ul style="list-style-type: none"> - Doente refere dor nos calcanhares durante a marcha, com alguns meses de evolução. 	<ul style="list-style-type: none"> ✘ <u>Antecedentes:</u> - bronquite; - dislipidemia; - patologia do foro psiquiátrico não especificada. 		

13/10/2010	JLA, ♂, 61 anos	<ul style="list-style-type: none"> - Doente refere uma sensação de cansaço generalizada, lentificação da actividade motora e ausência de prazer nas actividades diárias. Apresenta ainda queixas álgicas no joelho esquerdo. 	<ul style="list-style-type: none"> ✘ <u>Exame objectivo:</u> <ul style="list-style-type: none"> - eritema maculo-papular e calor na face anterior da perna esquerda; sugestivo de reacção alérgica. ✘ <u>Antecedentes:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Parkinsonismo; - depressão (está a ser seguido em consulta de Psiquiatria no Hospital de São Marcos) 		
13/10/2010	MTOPB, ♀, 57 anos	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta de rotina/ acompanhamento geral. - Doente vem à consulta para mostrar resultado do estudo analítico do sangue pedido na última consulta. 	<ul style="list-style-type: none"> ✘ Estudo analítico sem alterações de relevo. ✘ <u>Antecedentes:</u> <ul style="list-style-type: none"> - depressão; - patologia valvular cardíaca; - dislipidemia. 		
13/10/2010	IAFCS, ♂, 77 anos	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta de hipertensão 	<ul style="list-style-type: none"> ✘ <u>Antecedentes:</u> <ul style="list-style-type: none"> - hipertensão arterial; - diabetes mellitus tipo 2; - doença pulmonar obstrutiva crónica. 		
13/10/2010	RJV, ♀, 66 anos	<ul style="list-style-type: none"> - Consulta de rotina/ acompanhamento geral. 	<ul style="list-style-type: none"> ✘ <u>Antecedentes:</u> 		

		- Doente sem queixas	- hipertensão arterial; - diabetes mellitus tipo 2; - dislipidemia.		
13/10/2010	MAS, ♀, 72 anos	- Doente com tosse com vários meses de evolução, associada a expectoração branca, de predomínio nocturno. Sem outras queixas.	✘ <u>Exame objectivo:</u> -auscultação cardíaca – normal; -auscultação pulmonar – sons respiratórios presentes, simétricos. Crepitações dispersas, mais evidentes à esquerda.		
13/10/2010	MMCSR, ♀, 39 anos	- Consulta de rotina/ acompanhamento geral. - Mostra exames pedidos anteriormente (ecografia endovaginal e ecografia mamária).	✘ Exames complementares sem alterações. ✘ <u>Antecedentes:</u> - depressão; - hemorróides; - obesidade.		
13/10/2010	IAAVT, ♀, 34 anos	- Consulta de rotina/ acompanhamento geral. - Doente traz exames complementares pedidos anteriormente (estudo	✘ <u>Antecedentes:</u> - dislipidemia; - síndrome da coluna cervical.		

		analítico)			
13/10/2010	IVT, ♀, 10 anos	- Doente com prurido, eritema no 5º dedo da mão direita com alterações da unha. Agravou após aplicação de corticóide tópico, não prescrito pelo médico.	Diagnóstico provável de micose cutânea.		
13/10/2010	MFPS, ♂, 45 anos	Doente com queixas de rectorragias, desde há 15 dias. Nega outros sintomas associados. Refere episódio semelhante há uns anos atrás (não sabe especificar).			

APÊNDICE 6 – Fluxograma “Dor Abdominal”



***¹ Quadro Resumo:**

LOCALIZADA						GENERALIZADA
Epigástrica	Quadrante superior direito	Quadrante Inferior direito	Quadrante superior esquerdo	Quadrante inferior esquerdo	Suprapúbica	
<ul style="list-style-type: none"> - Enfarte do miocárdio - Doença do refluxo gastroesofágico - Pancreatite - Úlcera péptica (perfurada ou não) - Aneurisma da aorta 	<ul style="list-style-type: none"> - Litíase vesicular - Colecistite aguda - Hepatite - Hepatomegalia - Abscesso hepático - Tumor hepático 	<ul style="list-style-type: none"> - Apendicite - Pielonefrite - Doença de Chron - Doenças do foro ginecológico: <ul style="list-style-type: none"> o ruptura de cisto ovárico o gravidez ectópica o doença inflamatória pélvica o gravidez - Divertículo de Meckel 	<ul style="list-style-type: none"> - Enfarte do miocárdio - Pancreatite - Enfarte esplénico -Laceração esplénica - Esplenomegalia - Gastrite 	<ul style="list-style-type: none"> - Diverticulite - Oclusão intestinal - Colite isquémica - Colite ulcerativa - Cálculo urinário - Pielonefrite 	<ul style="list-style-type: none"> - Retenção urinária - Cistite - Prostatite 	<ul style="list-style-type: none"> - Doença celíaca - Obstipação - Gastroenterite - Perfuração intestinal - Ruptura de aneurisma da aorta - Perfuração de úlcera péptica - Trauma

***² Sinais de alarme:**

- Achados anormais ao exame físico;
- Perda de peso não intencional;

- História familiar de carcinomas abdominais; - Anomalias laboratoriais: anemia, hipoalbuminemia; testes de função hepáticos anormais; elevação da ureia ou da creatinina;
- Pesquisa de sangue oculto nas fezes positivo.

BIBLIOGRAFIA:

- Sperber D, Drossman. A functional abdominal pain syndrome: constant or frequently recurring abdominal pain. *Am J Gastroenterol* 2010; 105:770–4.
- Stone C, Humphries R. *Current diagnosis & treatment: Emergency Medicine*. 6th edition. Lange McGraw Hill Editions; 2008.
- South-Paul J, Matheny S, Lewis EL. *Current diagnosis & treatment in Family Medicine*. 2nd edition. Lange McGraw Hill Editions; 2008.
- Jameson J, Kasper D, Hauser S, Loscalzo J, Braunwald E, Fauci A et al. *Harrison's principles of internal medicine*. 17th ed. Europe: McGraw-Hill Education; 2008.

APÊNDICE 7 – Panfleto Informativo sobre Gravidez



**CUIDE DE SI...
O SEU BEBÉ AGRADECE!**

- Faça caminhadas.
- Não ingira bebidas alcoólicas. Substitua-as por sumos naturais e água. Não fume.
- No automóvel, use sempre cinto de segurança.
- Alimente-se várias vezes ao dia e pouco de cada vez, procurando fazer refeições pequenas e com intervalos regulares. Beba muita água e coza bem todos os alimentos.
- Converse, partilhe este momento, as suas expectativas e preocupações com o companheiro. Envolve-o nesta etapa tão especial.
- Pode ter relações sexuais, a não ser que o médico tenha proibido. Procure posições cómodas, por exemplo deitados de lado.
- Guarde tempo para si: passeie, relaxe.
- Não esteja muito tempo sentada nem em pé, alterne entre as posições.





Panfleto informativo realizado por:
Ana Filipa Sousa Leite da Silva



**ESTOU
GRÁVIDA...**

É AGORA?





**Unidade de Cuidados de
Saúde Personalizados de
Amares**

A CONSULTA...


A gravidez é um acontecimento muito especial na vida de uma mulher. Para desfrutar em plenitude desta etapa, o seguimento médico da gravidez é essencial. Logo na primeira consulta receberá o **Boletim de Saúde da Grávida**. Deve andar sempre com ele.

PARA QUE SERVEM AS CONSULTAS?

São necessárias para verificar se tudo está a correr bem consigo e se o bebé está a desenvolver-se normalmente.

QUE EXAMES SERÃO PEDIDOS PELO MÉDICO DURANTE A GRAVIDEZ?


- Análises regulares ao sangue
- Ecografias, uma em cada trimestre, para avaliar o desenvolvimento e o estado de saúde do bebé.



A GRAVIDEZ PROVOCA ALTERAÇÕES NO CORPO QUE DEVE CONHECER:

- **Enjoos e vômitos**
- **Cansaço**, é normal sobretudo no fim da gravidez.
- **Obstipação** — ingira muitos líquidos e coma alimentos ricos em fibras.
- **Hemorroidas** — a melhor maneira de prevenir é evitar a obstipação.
- **Aumento da vontade de urinar**
- **Varizes** — use roupas largas, caminhe e descanse com as pernas elevadas.
- **Alterações do humor**
- **Alterações da pele** — podem aparecer estrias. Utilize creme hidratante no abdómen e seios. É normal aparecerem zonas mais escuras (ao redor do mamilo, boca e linha que une o umbigo aos genitais). Desaparecem após o parto.
- **Ardor do estômago** — coma pouco e várias vezes. Não se deite logo após a refeição.
- **Aumento da quantidade do fluido vaginal**
- **Edema** (retenção de líquidos) sobretudo nos tornozelos e nas mãos — durma de lado e descanse com as pernas elevadas.

QUANDO PROCURAR UM MÉDICO?



- Se sangra ou perde líquido pela vagina;
- Se tem corrimento vaginal com comichão, ardor ou cheiro não habitual;
- Se tem dor abdominal intensa e contínua;
- Se tem:
 - dores de cabeça persistentes
 - náuseas e vômitos muito intensos
 - alterações da visão
 - febre
 - dor ao urinar
- Se depois dos 5 meses de gravidez, o bebé deixa de se mexer.
- Antes de tomar qualquer medicamento;
- Se tem alterações profundas do sono ou do apetite
- Se sente uma grande tristeza ou grandes variações de humor
- Se é vítima de maus tratos

BIBLIOGRAFIA:

- Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral, Guia Prático de Saúde. Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral, 2009
- Beckmann CRB, Ling F, Smith RP, Barzansky BM, Herbert WNP, Laube DW. Obstetrics and Gynecology. 6th edition. Lippincott Williams & Wilkins, 2006.

APÊNDICE 8 - Caracterização das grávidas em duas Unidades de Saúde do Norte de Portugal

INTRODUÇÃO

Os padrões de comportamento podem ter um enorme impacto na saúde de cada indivíduo, assim como na dos que o rodeiam, não consistindo em padrões fixos, pelo que se encontram sujeitos a alterações, nomeadamente através do efeito de acções de educação para a saúde [1]. Deste modo, o estilo de vida da mulher, antes e durante a gravidez, tem importantes implicações para o recém-nascido, em termos de resultados de saúde imediatos como alterações do desenvolvimento neurológico, baixo peso à nascença e parto pré-termo; como potencialmente para o resto da vida da criança [2]. Identificam-se vários factores de risco potencialmente modificáveis associados a resultados gestacionais nefastos. Entre eles incluem-se estilos de vida e factores comportamentais como ingestão de bebidas alcoólicas, abuso de drogas, consumo tabágico e nutrição insuficiente [3].

O objectivo deste estudo consiste na caracterização sociodemográfica das grávidas em duas Unidades de Saúde, inseridas em meio urbano e meio rural. Pretende-se, ainda, comparar hábitos e factores de risco durante a gravidez nas duas populações, no sentido de conhecer as duas realidades, para instituir programas de promoção de saúde materna direccionados para cada uma delas.

MÉTODOS

Foram inquiridas neste estudo 17 grávidas do Centro de Saúde São João e 20 grávidas da UCSP de Amares. Os questionários foram aplicados nos dias úteis, entre 27/09/2010 e 8/10/2010 no CSSJ e entre os dias 11/10/2010 e 22/10/2010 na UCSP Amares, a todas as grávidas que recorreram aos cuidados de saúde primários nessas datas. Após consentimento informado, foi aplicado um questionário anónimo, não validado e auto-aplicado. É constituído por 12 questões fechadas e 5 questões abertas, abordando variáveis respeitantes à caracterização sócio-demográfica, gravidez, história obstétrica, estilos de vida (tabagismo, alcoolismo, exercício físico e alimentação) e segurança rodoviária.

A base de dados e a análise estatística foram geradas no programa SPSS 18. Na análise estatística, caracterizaram-se os dados sócio demográficos das grávidas, a prevalência do tabagismo durante a gravidez, o número de cigarros fumados por dia durante a gravidez, o consumo de álcool (caracterizando esse consumo), o número de refeições realizadas por dia e o uso de cinto de segurança. Posteriormente, foram comparados os resultados encontrados nos dois centros de saúde. Dado ao número pequeno de grávidas entrevistadas, não foi possível avaliar a relação entre os dados sócio demográficos e da gravidez com os estilos de vida.

Para quantificar a percentagem de grávidas inquiridas, foi recolhido o número de consultas de Saúde Materna efectivadas nesses períodos de tempo nos dois Centros de Saúde.

RESULTADOS

Foram efectivadas 47 consultas de Saúde Materna no CSSJ, no período atrás referido. O que significa que os questionários foram apenas aplicados a 36% das grávidas que recorreram ao CSSJ. Quando à UCSP Amares, foram realizadas 33 consultas, portanto os questionários foram entregues a 60% das grávidas. Não houve questionários não respondidos.

A idade média das grávidas, no CSSJ, é 29,18 e, na UCSP Amares, é ligeiramente inferior, 28,95.

Quanto à caracterização socioeconómica, em ambas as Unidades de Saúde a maioria das grávidas é casada. No CSSJ, 47,1% das grávidas tem o Ensino Superior, enquanto na UCSP Amares a maioria das grávidas (55%) possui como escolaridade o Ensino Secundário.

Tratam-se, na maioria, de gestações planeadas (CSSJ= 76,5%; UCSP Amares=75%) em primigestas, de baixo risco. A maioria das grávidas inquiridas encontrava-se no terceiro trimestre de gestação.

Quanto a hábitos e factores de risco, destaca-se uma baixa prevalência de fumadoras (CSSJ=5,9%; UCSP Amares=5%), as quais referem um consumo inferior a 10 cigarros/dia. O mesmo se verifica quanto ao consumo de bebidas alcoólicas, não havendo nenhuma grávida do CSSJ a referir esse consumo e 3 grávidas com esse hábito

no UCSP Amares (15%). Destas grávidas, 5% refere uma frequência de 2 a 3 vezes por semana e 10% ingerem bebidas alcoólicas 1 vez por dia.

	CSSJ (n=17)		UCSP Amares (n=20)	
	n	%	n	%
Idade				
<18 anos	0	0	1	5
18-30 anos	8	47,1	10	50
>30 anos	9	52,9	9	45
Estado Civil				
Casada	13	76,5	17	85
Solteira	3	17,6	2	10
Outro	1	5,9	1	5
Escolaridade				
Ensino Básico	2	11,8	2	10
Ensino Secundário	7	41,2	11	55
Ensino Superior	8	47,1	7	35
Idade Gestacional				
1º Trimestre	6	35,3	2	10
2º Trimestre	4	23,5	8	40
3º Trimestre	7	41,2	10	50
Gravidez				
Planeada	13	76,5	15	75
Não planeada	4	23,5	5	25
Gravidez anterior				
Sim	6	35,3	8	40
Não	11	64,7	12	60
Risco da gravidez				
Normal	12	70,6	17	85
De risco	5	29,4	3	15
Fumadora				
Não	16	94,1	19	95
< 10 cigarros /dia	1	5,9	1	5
> 10 cigarros/dia	0	0	0	0
Uso de cinto de segurança				
Sim	17	100	20	100
Não	0	0	0	0
Prática de exercício físico				
Sim	2	11,8	6	30
Não	15	88,2	14	70
Nº de refeições/dia				
2-3	0	0	0	0
4	11	64,7	5	25
5 ou mais	6	35,3	15	75
Consumo de bebidas alcoólicas				
Nunca	17	100	17	85
Semanalmente	0	0	0	0
2 a 3 vezes por semana	0	0	1	5
1 vez por dia	0	0	2	10
2 a 3 vezes por dia	0	0	0	0
4 ou mais vezes por dia	0	0	0	0

Tabela1. Distribuição dos factores socio-económicos, comportamentais e obstétricos maternos de acordo com as duas Unidades de Saúde - CSSJ e UCSP Amares

No que respeita à prática regular de exercício físico, verifica-se que a grande maioria não tem este hábito (88,2% das grávidas no CSSJ e 70% das grávidas na UCSP Amares).

Relativamente a hábitos alimentares, a maioria das mulheres no CSSJ ingere 4 refeições por dia, enquanto, na UCSP Amares, a grande maioria realiza 5 refeições diárias.

Todas as grávidas inquiridas usam o cinto de segurança no automóvel.

DISCUSSÃO

Estes resultados demonstram uma baixa prevalência de hábitos tabágicos entre as gestantes (cerca de 5% em ambas as amostras) em relação à prevalência tabágica entre mulheres não grávidas, que é cerca de 27% em Portugal [4]. Relativamente a outros estudos realizados, a percentagem de mulheres grávidas fumadoras é inferior, sendo que os outros referem percentagens variáveis: 19% num estudo feito em Portugal [5], cerca de 10,5% num estudo de prevalência no Canadá [6] e 14% no *Southampton Women's Survey* [7]. Esta discrepância poderá explicar-se pelo baixo número de grávidas inquiridas e pelo facto do inquérito se limitar a grávidas que recorrem aos CSP e, portanto, mais susceptíveis a campanhas de Educação para a Saúde e alvo de informação mais assertiva, veiculada por Profissionais de Saúde.

Quanto ao consumo de álcool, nenhuma grávida no CSSJ referiu a ingestão de bebidas alcoólicas, o que poderá atribuir-se aos factores supra-citados e ao facto do consumo de álcool durante a gravidez ser socialmente condenável, pelo que as mulheres podem omitir este consumo [8]. Na UCSP Amares, 15 % das grávidas menciona consumo de bebidas alcoólicas. Quanto a estudos anteriores de prevalência de consumo de álcool durante a gestação, os valores variam de 7,4% a 30%, consoante o estudo e o tipo de metodologia usada, embora nenhum deles tenha sido realizado na população portuguesa [7,9,10]. A prevalência encontrada em Amares é relativamente alta, devendo ser revista na tentativa de baixar o consumo de álcool durante a gravidez, uma vez que este está associado a aborto espontâneo, malformações fetais, atraso de crescimento pré-natal e pós-natal, dano do sistema nervoso central e anomalias do desenvolvimento nervoso [9]. Além disso, a exposição pré-natal ao álcool é um forte preditor de baixo peso à nascença e de parto pré-termo [8].

A prática regular de exercício físico é benéfica durante a gravidez, controlando o ganho de peso e aumentando o bem-estar físico e psicológico [11]. Assim, é recomendada a prática de pelo menos 2,5 horas de actividade aeróbica de moderada intensidade por semana [12], em grávidas sem contra-indicações médicas para tal. Contudo, este estudo demonstra que a maioria das mulheres, sobretudo no CSSJ, não pratica exercício físico de forma regular. Tal poder-se-á dever à falta de informação sobre este hábito durante a gravidez, o facto da informação sobre esta matéria pelo profissional de saúde ser cautelosa e pouco esclarecedora [13] ou à percepção que o descanso é mais importante que o exercício durante a gravidez [14]. O estudo apresenta uma limitação importante nesta área, pois não especifica o conceito de exercício físico regular, não havendo uma quantificação da actividade física nem da sua regularidade.

A gravidez é um período crítico durante o qual uma nutrição materna adequada é um factor chave para a saúde da mãe e do bebé [11], pelo que a manutenção de uma alimentação equilibrada e diversificada é essencial. No estudo, as grávidas do CSSJ referem o consumo de 4 refeições diárias, enquanto que as da UCSP Amares fazem na sua maioria 5 ou mais refeições diárias, sendo estas as recomendações actuais. Contudo, seria interessante conhecer em maior pormenor os hábitos alimentares de ambas, caracterizando o tipo de alimentos consumidos; configurando-se esta uma das lacunas deste estudo.

Em suma, o estudo apresenta inúmeras limitações, a maioria condicionada pelo número reduzido de grávidas entrevistadas e pelo curto período de tempo em que foi realizado. Estes resultados poderão não reflectir as características da população em estudo, pois a amostra é reduzida e não foi seleccionada de forma a ser uma amostra representativa de cada uma das populações. Contudo, este poderá ser o primeiro passo para realizar um estudo dos comportamentos das mulheres durante a gravidez, nomeadamente no que diz respeito a factores de risco para malformações fetais e complicações na gravidez e no parto. Este tema foi ainda pouco estudado em Portugal e seria útil realizá-lo, no sentido de implementar estratégias de educação e prevenção destes comportamentos durante a gravidez.

CONCLUSÃO

A gravidez é um período da vida da mulher ideal para promover comportamentos mais saudáveis. Conhecer, então, o estilo de vida das gestantes é fundamental para desenhar

intervenções e programas de saúde mais eficazes e direccionados aos comportamentos nocivos mais prevalentes, como o são o tabaco e o álcool, ainda muito comuns na Europa e Estados Unidos da América.

Para concluir, a educação da mulher é fundamental para uma gravidez saudável e para promoção da saúde infantil. Investir na informação veiculada nos Cuidados de Saúde Primários revela-se essencial para romper com mitos e concepções erradas sobre diversos comportamentos, nomeadamente no que diz respeito à prática de exercício físico e alimentação.

BIBLIOGRAFIA

1. Nutbeam, D. Health promotion glossary. Health Promotion International 1998; 13(4):349-63.
2. Correia S, Nascimento C, Gouveia R, Martins S, Sandes A, Figueira J et al. Gravidez e tabaco – uma oportunidade para mudar comportamentos. Acta Med Port 2007; 20:201-7.
3. Whitworth M, Dowswell T. Routine pre-pregnancy health promotion for improving pregnancy outcomes. The Cochrane Collaboration, 2009.
4. Precioso J, Calheiros J, Pereira D, Campos H, Antunes H, Rebelo L et al. Estado actual e evolução da epidemia tabágica em Portugal e na Europa. Acta Med Port 2009; 22(4):335-48.
5. Rodrigues T, Barros H. Comparison of risk factors for small-for-gestational-age and preterm in a portuguese cohort of newborns. Matern Child Health J 2007; 11:417-24.
6. Al-Sahab B, Saqib M, Hauser G, Tamim H. Prevalence of smoking during pregnancy and associated risk factors among Canadian women: a national survey. BMC Pregnancy Childbirth May 24 2010; 10:24.
7. Crozier S, Robinson S, Borland S, Godfrey K, Cooper C, Inskip H et al. Do women change their health behaviours in pregnancy? Findings from the Southampton Women's Survey. Paediatric and Perinatal Epidemiology 2009; 23:446-53.

8. Bailey B, Sokol R. Pregnancy and alcohol use: evidence and recommendations for prenatal care. *Clin Obstet Gynecol* 2008; 51(2):436-44
9. Ethen M, Ramadhani T, Scheuerie A, Canfield M, Wyszynski D, Druschel C et al. Alcohol consumption by women before and during pregnancy. *Matern Child Health J* 2009; 13:274-85.
10. Freire K, Padilha P, Saunders C. Fatores associados ao uso de álcool e cigarro na gestação. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2009; 31(7):335-41.
11. ADA Reports. Position of the American Dietetic Association: nutrition and lifestyle for a healthy pregnancy outcome. *J Am Diet Assoc* 2008; 108(3): 553-61.
12. Cioffi J, Schmied V, Dahlen H, Mills A, Thornton C, Duff M et al. Physical activity in pregnancy: women's perceptions, practices and influencing factors. *J Midwifery Womens Health* 2010; 55:455-61.
13. Evenson K, Bradley C. Beliefs about exercise and physical activity among pregnant women. *Patient Educ Couns* 2010; 79:124-29.
14. Mudd L, Nechuta S, Pivarnik J, Paneth N, Michigan Alliance for The National Children's Study. Factors associated with women's perceptions of physical activity safety. *Prev Med* 2009; 49(2-3):194-9.

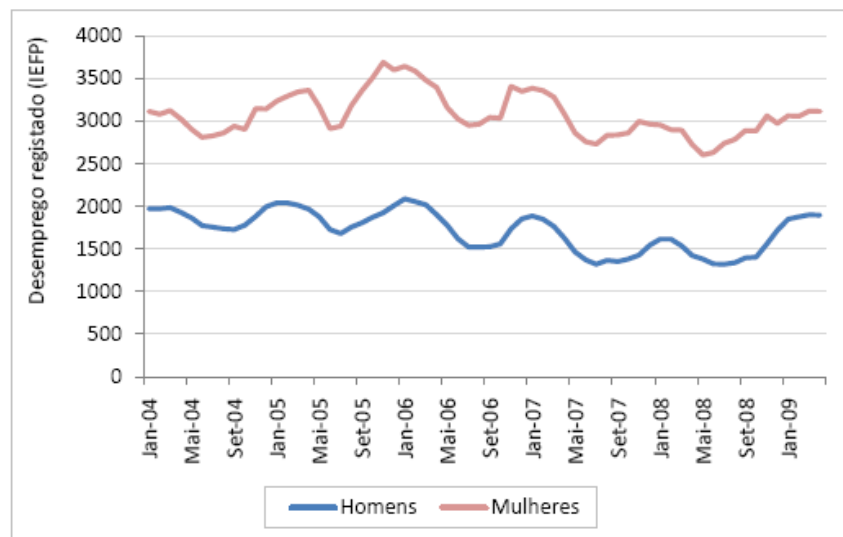
ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1 - Variação do número de desempregados inscritos no Instituto de Emprego e Formação Profissional no ACES Gerês/Cabreira entre 2004 e 2009 ...	
ANEXO 2 - Variação do número de desempregados inscritos no Instituto de Emprego e Formação Profissional no ACES Porto entre 2004 e 2009	
ANEXO 3 - Distribuição da população empregada por actividade económica no ACES Gerês/Cabreira, em 2001	
ANEXO 4 - Distribuição da população empregada por actividade económica no ACES Porto em 2001	
ANEXO 5 - Distribuição da população residente no ACES Gerês/Cabreira por nível de instrução, em 2001.....	
ANEXO 6 - Distribuição da população residente no ACES Porto por nível de instrução, em 2001	

ANEXO 1

EVOLUÇÃO MENSAL DO NÚMERO DE DESEMPREGADOS INSCRITOS NO INSTITUTO DE EMPREGO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL (IEFP) NO ACES GERÊS/CABREIRA, POR GÉNERO (JAN-04 A ABR-09)

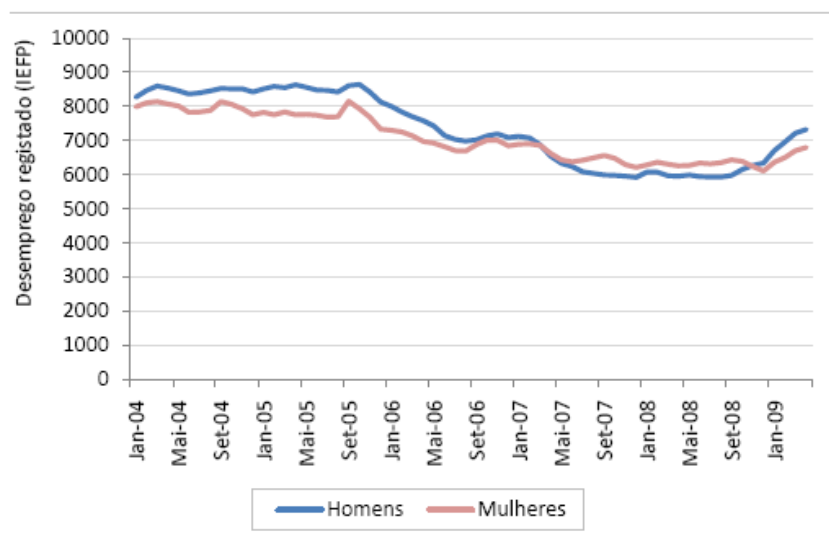


Fonte: IEFP

Gráfico 3. Variação do número de desempregados inscritos no Instituto de Emprego e Formação Profissional no ACES Gerês/Cabreira entre 2004 e 2009 [8]

ANEXO 2

EVOLUÇÃO MENSAL DO NÚMERO DE DESEMPREGADOS INSCRITOS NO INSTITUTO DE EMPREGO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL (IEFP) NO ACES PORTO, POR GÉNERO (JAN-04 A ABR-09)



Fonte: IEFP

Gráfico 4. Variação do número de desempregados inscritos no Instituto de Emprego e Formação Profissional no ACES Porto entre 2004 e 2009 [7]

ANEXO 3

DISTRIBUIÇÃO (%) DA POPULAÇÃO EMPREGADA POR SECTOR DE ACTIVIDADE ECONÓMICA (CENSO 2001)

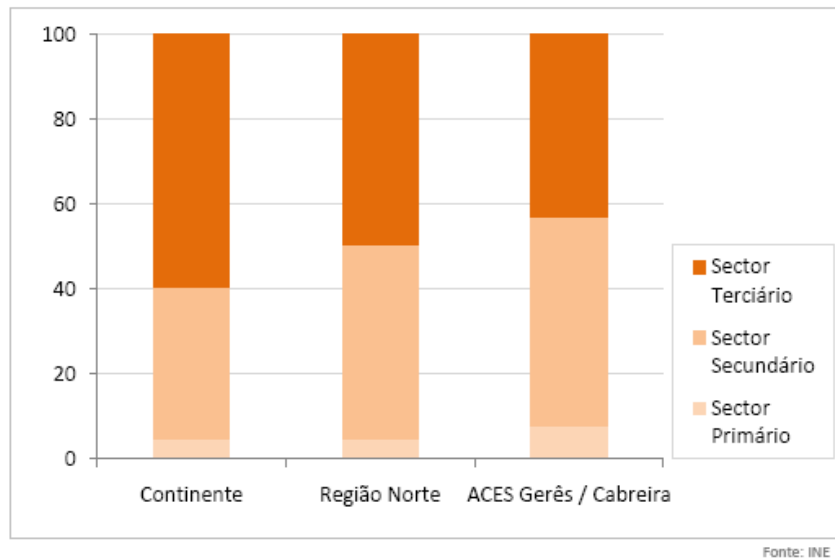


Gráfico 5. Distribuição da população empregada por actividade económica no ACES Gerês/Cabreira, em 2001 [8]

ANEXO 4

DISTRIBUIÇÃO (%) DA POPULAÇÃO EMPREGADA POR SECTOR DE ACTIVIDADE ECONÓMICA (CENSO 2001)

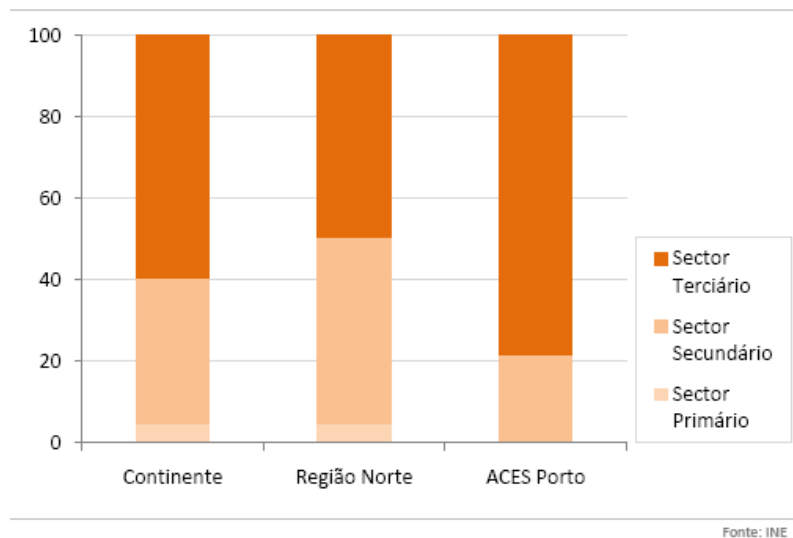
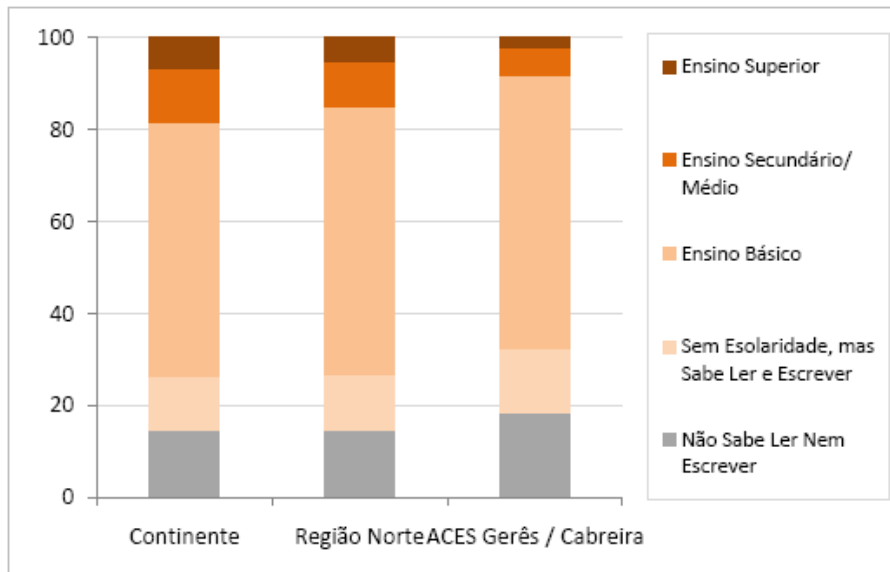


Gráfico 6. Distribuição da população empregada por actividade económica no ACES Porto em 2001 [7]

ANEXO 5

DISTRIBUIÇÃO (%) DA POPULAÇÃO RESIDENTE POR NÍVEL DE INSTRUÇÃO (CENSO 2001)

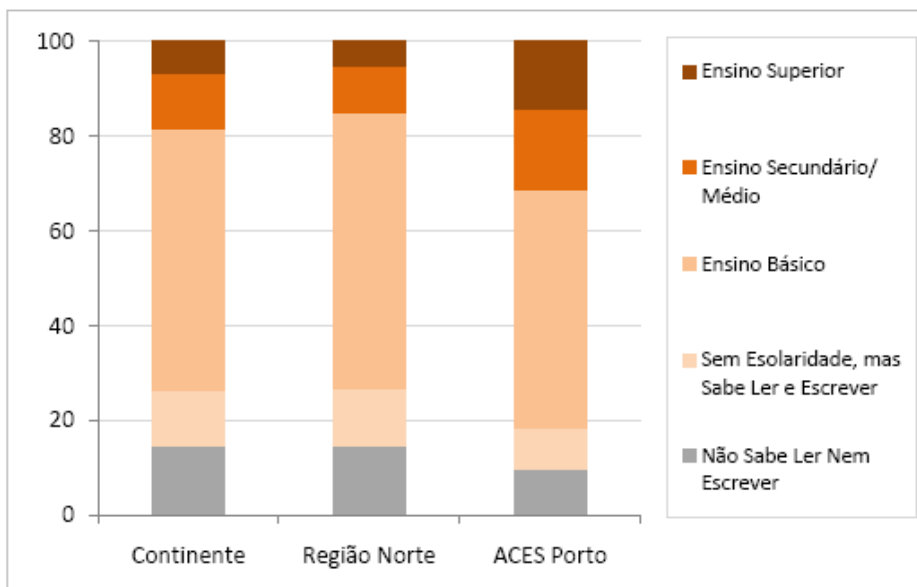


Fonte: INE

Gráfico 7. Distribuição da população residente no ACES Gerês/Cabreira por nível de instrução, em 2001 [8]

ANEXO 6

DISTRIBUIÇÃO (%) DA POPULAÇÃO RESIDENTE POR NÍVEL DE INSTRUÇÃO (CENSO 2001)



Fonte: INE

Gráfico 8. Distribuição da população residente no ACES Porto por nível de instrução, em 2001 [7]