



FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DO PORTO

## **MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA**

---

2010/2011

Simão Tiago da Costa Martins

Relatório de Estágio Profissionalizante em Medicina Comunitária

Abril, 2011

# FMUP



FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DO PORTO

Simão Tiago da Costa Martins

Relatório de Estágio Profissionalizante em Medicina Comunitária

**Mestrado Integrado em Medicina**

**Área: Medicina Comunitária**

**Trabalho efectuado sob a Orientação de:**

**Dr. Abílio José Cruz Caldas Malheiro**

**Abril, 2011**

**FMUP**

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

Eu, Simão Tiago da costa Martins, abaixo assinado, nº mecanográfico 050801096, estudante do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, declaro ter actuado com absoluta integridade na elaboração deste projecto de opção.

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

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

Assinatura:

*Simão Tiago da Costa Martins*

**Faculdade de Medicina da Universidade do Porto**  
**2010/2011**

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

**Projecto de Opção do 6º ano – DECLARAÇÃO DE REPRODUÇÃO**

**Nome:** Simão Tiago da Costa Martins

**Endereço electrónico:** med05096@med.up.pt **Telefone ou Telemóvel:** 918677385

**Número do Bilhete de Identidade:** 12911323

**Título do Relatório de Estágio Profissionalizante:**

Relatório de Estágio Profissionalizante em Medicina Comunitária

**Orientador:**

Dr. Abílio José Cruz Caldas Malheiro

**Ano de conclusão:** 2011

**Designação da área do projecto:**

Medicina Comunitária

É autorizada a reprodução integral desta 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, 20/04/2011

Assinatura:

*Simão Tiago da Costa Martins*

## Agradecimentos

Expresso os meus sinceros agradecimentos:

- À Equipa de enfermagem e administrativos do Centro de Saúde de São João;
- Ao Dr. Luís Pinheiro, Equipa de Enfermagem e Administrativos da Unidade de Saúde Familiar Hygeia;
- À Dra. Maria João Sena Esteves.

## **Título**

Relatório de Estágio Profissionalizante em Medicina Comunitária

## **Resumo**

No âmbito da disciplina de Medicina Comunitária (MC) do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina, foi realizado um estágio com a duração de quatro semanas e constituído por um módulo urbano, no Centro de Saúde de São João (CSSJ) e um módulo rural, na Unidade de Saúde Familiar Hygeia (USFH). Este relatório pretendeu descrever as experiências vivenciadas, fazendo uma avaliação crítica da sua contribuição na formação médica pré-graduada.

As actividades desenvolvidas visaram a caracterização das Unidades de Saúde e dos seus utentes, procurando reconhecer semelhanças e divergências na abordagem médica em contexto rural e urbano. A participação na Consulta Médica e nos actos de Enfermagem proporcionaram o contacto com uma diversidade enorme de situações clínicas, a consolidação de pressupostos teóricos e o desenvolvimento de aptidões técnicas fundamentais a todo o médico. É de realçar o estudo que foi elaborado durante o estágio, que investiga os padrões de prescrição na Diabetes Mellitus (DM) nos utentes das consultas presenciadas. São também abordadas questões como “pedidos inapropriados dos doentes” e um fluxograma de decisão para hemoptise.

No final deste estágio, constata-se que a Medicina Geral e Familiar (MGF) trata um vasto role de patologias e de doentes, sendo o vasto conhecimento teórico e a capacidade de adaptação às mais variadas situações, características indispensáveis a um bom médico. A realização do estágio nos meios urbano e rural, permitiu o contacto com realidades culturais muito diferentes e a percepção das diferenças existentes ao nível dos hábitos e das patologias predominantes em dois meios distintos.

## Title

Practical Stage Report of Communitary Medicine

## Abstract

Within the discipline of Community Medicine of the 6<sup>th</sup> year of Master in Medicine, was conducted an internship with a duration of four weeks, that consists of an urban module in Centro de Saúde de São João, and a rural module, in Unidade de Saúde Familiar de Hygeia (USFH). This probation sought to describe experiences, making a critical assessment of their contribution in pre-graduate medical training.

The activities developed aimed the characterization of the Health Centers and their users, seeking to recognize similarities and differences in medical approach in rural and urban context. Participation in Medical Council and the Nursing acts provided the contact with a huge diversity of clinical situations, consolidation of theoretical assumptions and the development of technical skills fundamental to any doctor. It's important to emphasize the study that was elaborated during the stage, which investigates the prescription patterns in Diabetes Mellitus (DM) in the patients surveyed at consultation. Issues such as “inappropriate patient requests” and a decision flow chart about hemoptysis are also approached.

At the end of this stage, it is verified that the Family and General Medicine (FGM) deals with a large roll of diseases and patients, being the vast theoretical knowledge and ability to adapt to different situations, characteristics indispensable to a good doctor. Doing the internship in the urban and rural areas, allowed the contact with very different cultural realities and the perception of differences in terms of habits and conditions prevailing in two distinct ways.

## Índice

Lista de Siglas .....	1
Lista de Figuras e Tabelas .....	2
1. Introdução .....	3
2. Objectivos do Estágio.....	5
3. Caracterização das Unidades de Saúde .....	6
4. Estudo Demográfico.....	9
5. Descrição das actividades realizadas.....	12
6. Conclusão.....	15
7. Bibliografia .....	16
Apêndice I – Cronograma do Estágio .....	17
Apêndice II – Registo de um dia de consultas no CSSJ .....	19
Apêndice III – Reflexão sobre “Pedidos Inapropriados dos Doentes” .....	23
Apêndice IV - Panfleto de Promoção para a Saúde sobre “Obesidade Infantil” .....	26
Apêndice V – Registo de um dia de consultas na USFH .....	27
Apêndice VI - História Clínica em MGF .....	30
Apêndice VII - Fluxograma de Decisão sobre “Abordagem do Doente com Hemoptise” .....	41
Apêndice VIII - Questionário aplicado ao estudo “Padrões de Prescrição na Diabetes em utentes do CSSJ e da USFH” .....	43
Apêndice IX - Padrões de Prescrição na Diabetes em utentes do CSSJ e da USFH .....	44

## Lista de Siglas

<i>ACES</i>	Agrupamento de Centros de Saúde
<i>INE</i>	Instituto Nacional de Estatística
<i>CSP</i>	Cuidados de Saúde Primários
<i>CSSJ</i>	Centro de Saúde de São João
<i>DM</i>	Diabetes Mellitus
<i>DP</i>	Densidade Populacional
<i>DRGE</i>	Doença de Refluxo Gastroesofágico
<i>ECG</i>	Electrocardiograma
<i>EDA</i>	Endoscopia Digestiva Alta
<i>FA</i>	Fibrilhação Auricular
<i>FMUP</i>	Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
<i>HTA</i>	Hipertensão Arterial
<i>ICC</i>	Insuficiência Cardíaca Congestiva
<i>IE</i>	Índice de Envelhecimento
<i>ITU</i>	Infecção do Tracto Urinário
<i>MC</i>	Medicina Comunitária
<i>MF</i>	Médico de Família
<i>MGF</i>	Medicina Geral e Familiar
<i>RN</i>	Região Norte
<i>SU</i>	Serviço de Urgência
<i>US</i>	Unidade de Saúde
<i>USFH</i>	Unidade de Saúde Familiar Hygeia

## Lista de Figuras e Tabelas

<i>Tabela 1</i>	Recursos Humanos e Informáticos das US
<i>Tabela 2</i>	Ratio médico/utente
<i>Tabela 3</i>	Trabalhos elaborados durante o estágio
<i>Figura 1</i>	Tipos de Consulta prestados pelas US
<i>Figura 2</i>	Referenciação para outras instituições de saúde
<i>Figura 3</i>	Pirâmide Etária do CSSJ
<i>Figura 4</i>	Pirâmide Etária da USFH
<i>Figura 5</i>	Índice de Envelhecimento
<i>Figura 6</i>	Taxas Brutas de Natalidade e Mortalidade
<i>Figura 7</i>	Actividades desenvolvidas no estágio

## 1. Introdução

Este relatório de estágio foi realizado no âmbito do projecto de opção, inserido no Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP), no ano lectivo de 2010/2011. Este trabalho, consiste numa breve descrição das experiências e actividades desenvolvidas, bem como das aptidões e conteúdos formativos adquiridos durante o estágio profissionalizante em Medicina Comunitária (MC). A valência consistiu em dois módulos, cada um com a duração de duas semanas. O módulo urbano realizou-se no Centro de São João (CSSJ) sob orientação do Dr. Abílio Malheiro; o módulo rural decorreu na Unidade de Saúde Familiar Hygeia (USFH) e foi orientado pelo Dr. Luís Pinheiro.

A motivação para a realização deste trabalho surgiu do fascínio pela abrangência que a Medicina Geral e Familiar (MGF) integra e da vontade de contactar mais aprofundadamente com a prática médica em Cuidados de Saúde Primários (CSP), dado o facto da formação pré-graduada em Medicina estar orientada, fundamentalmente, para os Cuidados Secundários. O Médico de Família (MF) lida com um vasto leque de problemas de saúde, abrangendo praticamente todas as especialidades médicas. O conjunto de conhecimentos abrangido pela MGF inclui não só o conhecimento dos factos, como também de capacidades e técnicas.<sup>1</sup> Para além desta diversidade clínica, o MF trata pacientes de qualquer faixa etária ou sexo, permitindo-lhe acompanhar toda a unidade familiar ao longo do tempo.<sup>1</sup> Este seguimento próximo dos doentes, oferece à MGF uma das suas características mais peculiares, que é a oportunidade de se desenvolver uma relação médico-doente de grande proximidade, confiança e muitas vezes de amizade.

Este estágio apresentou-se também como uma oportunidade única de desenvolver aptidões essenciais, como a autonomia e a responsabilidade dentro do consultório, e competências na área da comunicação e da relação médico doente, já que a actividade preventiva é, em si, essencialmente uma tarefa comunicacional.<sup>2</sup>

Os CSP como elemento-chave de um sistema de saúde, estão na linha da frente, constituindo-se como os cuidados de primeiro contacto ao estarem acessíveis quando necessários e acompanhando todo o processo saúde-doença de uma vida e não apenas episódios de doença.<sup>3</sup> A Organização Mundial de Saúde, na Declaração de Alma-Ata de 1978, definiu como áreas de intervenção dos CSP, a saúde materna e infantil, o planeamento

familiar, a generalização da vacinação contra patologias infecciosas importantes, medidas que assegurem o aporte nutricional, de água potável e de condições de higiene à população e um maior esclarecimento sobre os principais problemas de saúde e as medidas fundamentais para a sua prevenção e tratamento.<sup>4</sup>

Neste contexto o médico especialista em MGF aparece-nos como o modelo do médico prestador de CSP, sendo da sua competência a promoção, educação para a saúde e a prevenção, a detecção pré-sintomática, o diagnóstico precoce e o diagnóstico da doença avançada, a gestão da doença, das suas complicações, reabilitação e palição.<sup>5</sup>

## 2. Objectivos do Estágio

- Descrever sucintamente e valorizar criticamente as experiências e actividades desenvolvidas ao longo do estágio, a repercussão na minha formação, enquanto futuro médico;
- Caracterizar o CSSJ e a USFH e realçar algumas das semelhanças e diferenças existentes entre si;
- Demonstrar as aptidões clínicas adquiridas durante o estágio, nomeadamente a aprendizagem do trabalho em equipa e o desenvolvimento de atitudes apropriadas na relação com os doentes e com os colegas;
- Reconhecer e demonstrar o papel da especialidade de MGF na formação médica pré-graduada e a importância dos CSP num Sistema de Saúde;
- Efectuar uma análise comparativa, entre as Unidades de Saúde (US) urbana e rural, no que diz respeito ao padrão de prescrição na DM.

### 3. Caracterização das Unidades de Saúde

O CSSJ surgiu no contexto de um protocolo estabelecido entre a Administração Regional de Saúde do Norte e a FMUP, denominado “Projecto Tubo de Ensaio”.<sup>6</sup> Pertence ao Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Grande Porto VI – Porto Ocidental e localiza-se na Rua de Cedofeita, no concelho do Porto. Presta CSP a cerca de 20.070 utentes, sendo a maioria residente no concelho do Porto.

A USFH pertence ao ACES Tâmega III e localiza-se na freguesia de Vila Cova da Lixa, no concelho de Felgueiras. A área geográfica de actuação engloba dez freguesias deste concelho.

Verifica-se a existência de menos profissionais de saúde na USFH (*Tabela 1*), o que está de acordo com o menor número de utentes. Para além deste facto, a USFH apresenta um ratio médico/doente superior (*Tabela 2*).

**Tabela 1:** Recursos Humanos e Informáticos das US

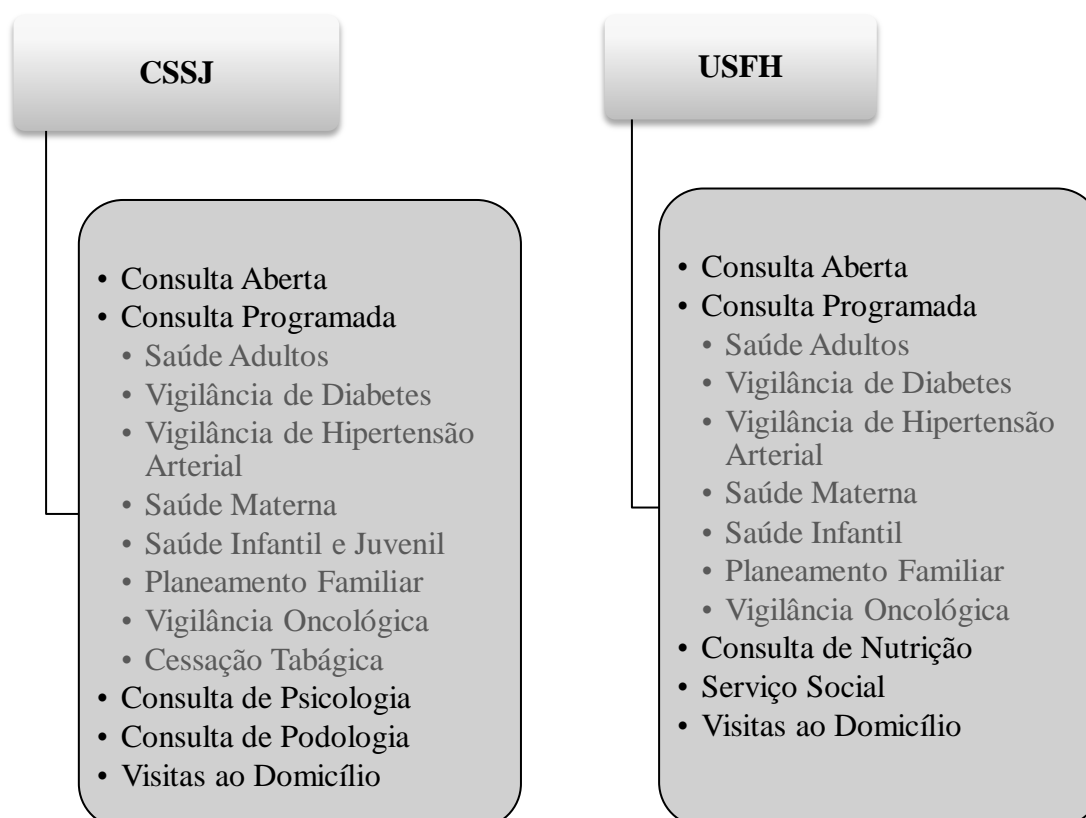
	CSSJ	USFH
<b>Recursos Humanos</b>	10 Médicos especialistas em MGF 7 Internos de MGF 1 Interno de Pediatria 16 Enfermeiros (regime <i>part-time</i> ) 6 Assistentes administrativos 2 Auxiliares de acção médica 2 Psicólogos 1 Podologista	5 Médicos especialistas em MGF 6 Internos de MGF 6 Enfermeiros 5 Assistentes administrativos 2 Auxiliares de acção médica 1 Nutricionista 1 Assistente Social
<b>Recursos Informáticos</b>	Alert P1 DiabCare HÍGIA SAM SINUS	Alert P1 SAM SAPE SINUS

**Tabela 2:** *Ratio médico/utente*

	<b>CSSJ</b>	<b>USFH</b>
<b>Nº Utentes</b>	20.070	10.209
<b>Nº Médicos</b>	10	5
<b>Ratio médico/doente</b>	1/2007	1/2042

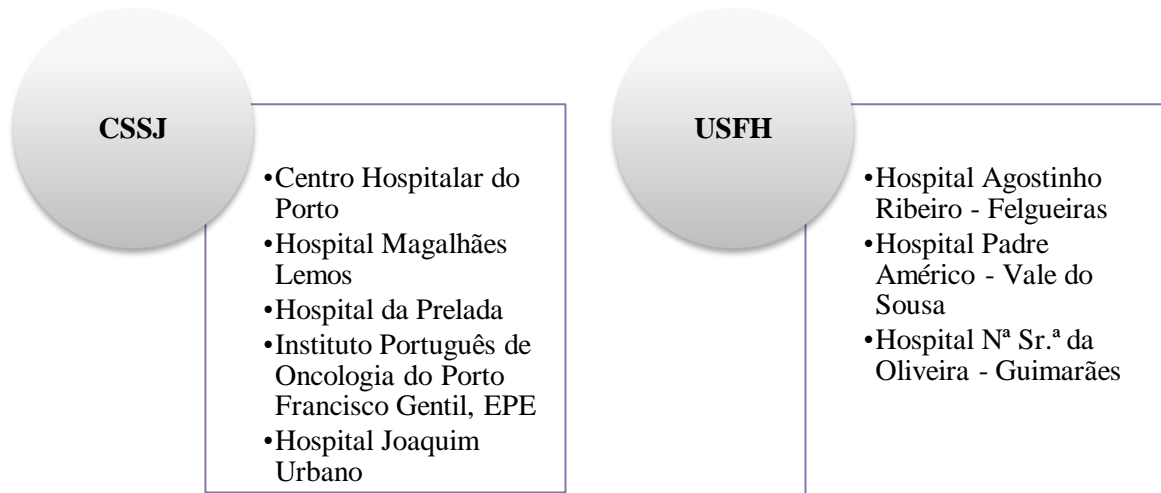
O CSSJ participa na formação pré-graduada de Medicina e Psicologia e na formação pós-graduada de MGF e Pediatria, enquanto a USFH participa apenas na formação pré-graduada de Medicina e pós-graduada de MGF.

Não existem discrepâncias significativas no tipo de consulta prestada pelas US (*Figura 1*), destacando-se a inexistência de Consulta de Psicologia, Consulta de Cessação Tabágica e Consulta de Podologia na USFH, e a inexistência de Consulta de Nutrição no CSSJ.



**Figura 1:** *Tipos de Consulta prestados pelas US*

Ambas as US se articulam com outras instituições de saúde, as quais se encontram discriminadas na *Figura 2*.



**Figura 2:** Referência para outras instituições de saúde (EPE – Entidade Pública Empresarial)

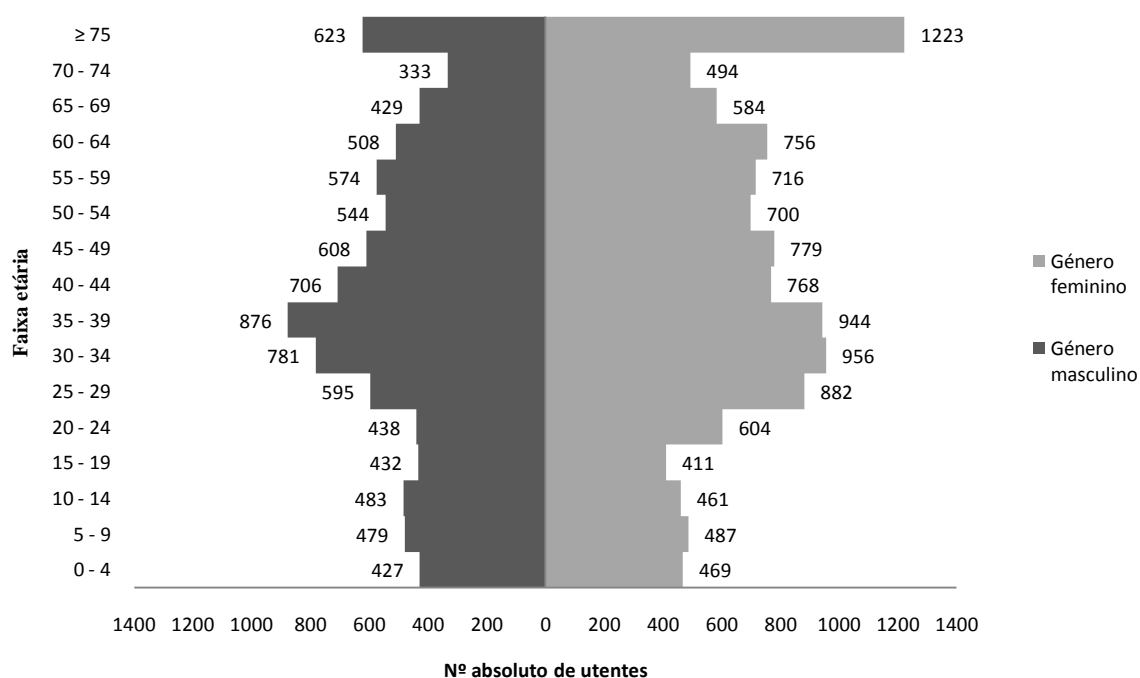
Relativamente aos recursos materiais, não existem diferenças relevantes entre as US, excepto a inexistência de MAPA e electrocardiógrafo na USFH. Também não existem disparidades significativas no que diz respeito às infra-estruturas e acessos das US.

## 4. Estudo Demográfico

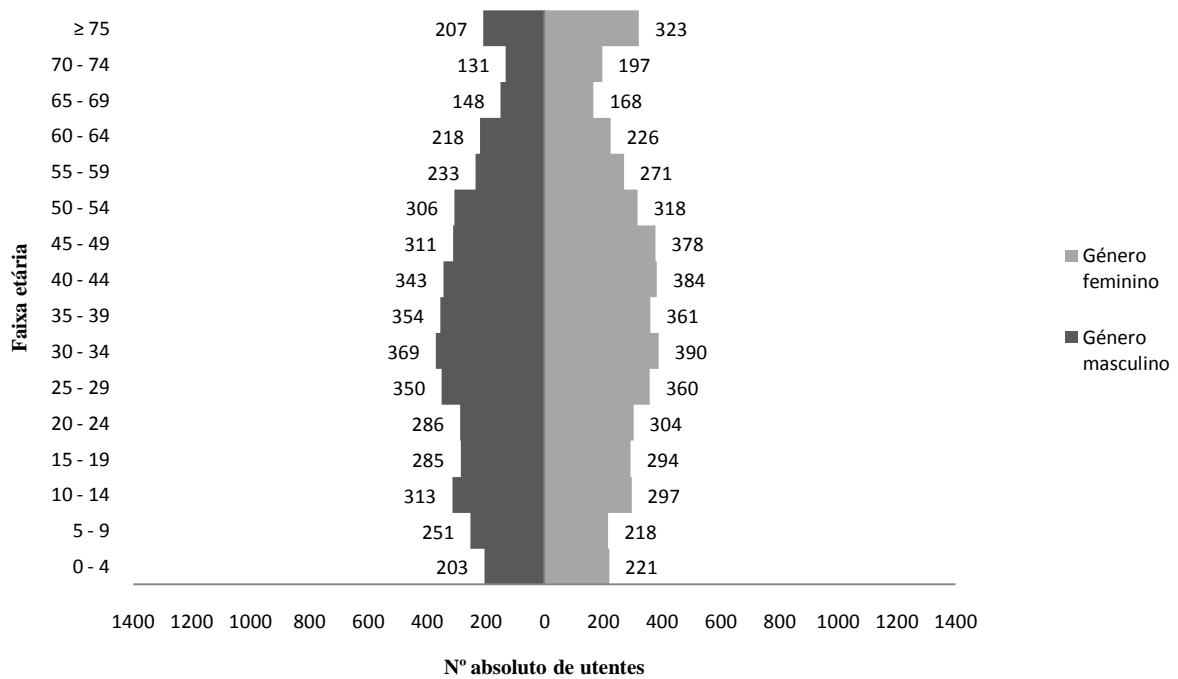
No decurso do estágio foi efectuado um levantamento das características dos utentes de ambas as US relativamente à idade e sexo, recorrendo à base de dados SINUS e ao Instituto Nacional de Estatística (INE).

Através da análise comparativa das pirâmides etárias (*Figuras 3 e 4*), verifica-se que a faixa etária predominante no CSSJ é a dos 35 – 39 anos, no sexo masculino, e  $\geq 75$  anos, no sexo feminino; na USFH é a dos 30 – 34 anos em ambos os sexos. O Índice de Envelhecimento (IE), que representa o quociente entre a população idosa ( $\geq 65$  anos) e a população jovem (0 – 14 anos) é no CSSJ 131,36% e na USFH 78,11%. Os idosos representam 18,37% dos inscritos no CSSJ e 11,50% na USFH. Verifica-se um alargamento mais acentuado do topo da pirâmide do CSSJ, reflectindo o maior envelhecimento desta população.

Relativamente à predominância de géneros, o sexo feminino predomina em ambas as US, sendo a diferença mais ténue na USFH. A Relação de Masculinidade (quociente entre os indivíduos do sexo masculino e feminino) é 78,65% no CSSJ e 73,00% na USFH.

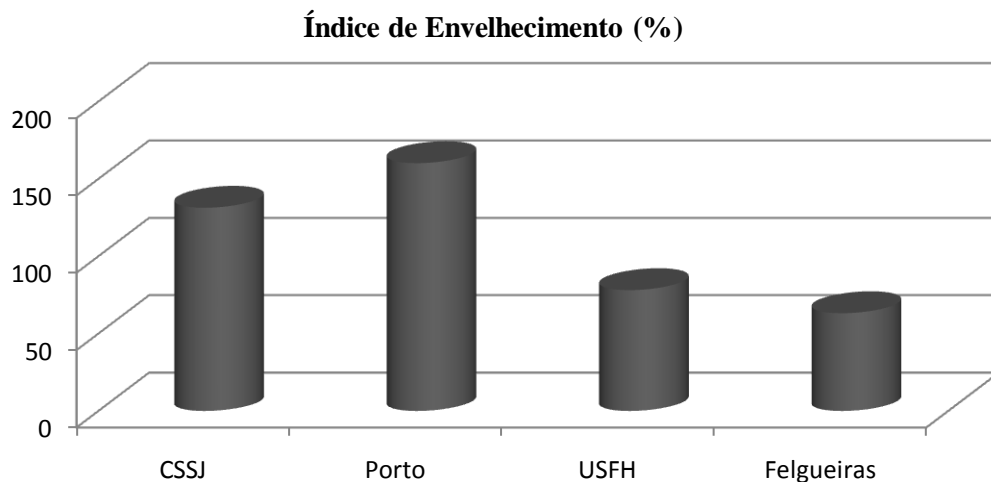


**Figura 3:** Pirâmide Etária do CSSJ



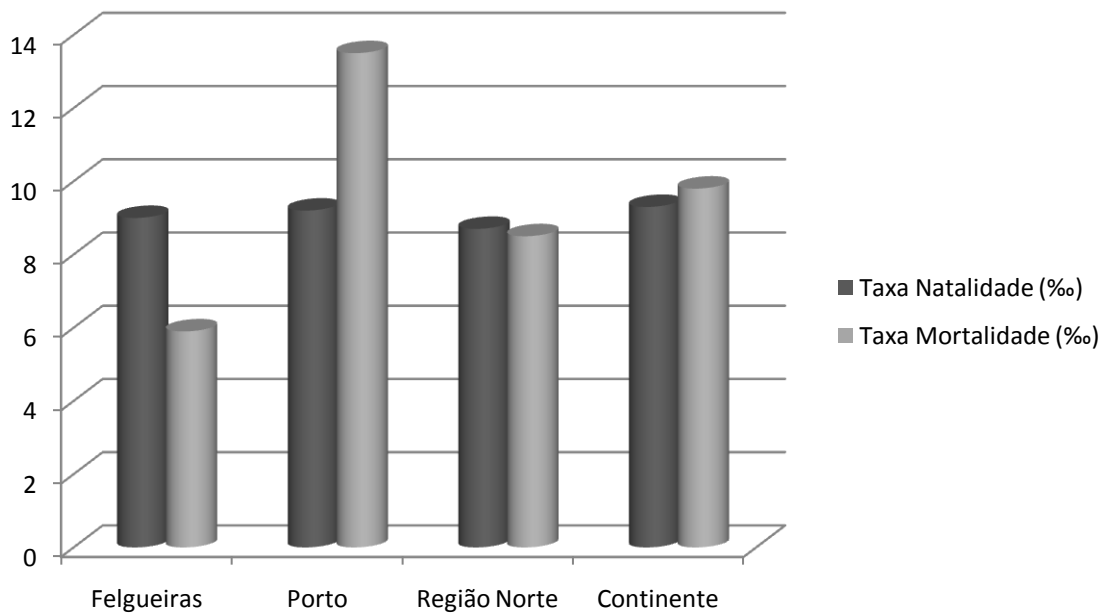
**Figura 4:** Pirâmide Etária da USFH

De acordo com o INE 2009, a população residente no concelho do Porto é de 213319 habitantes com uma Densidade Populacional (DP) de 5099,8 Hab./Km<sup>2</sup>; o concelho de Felgueiras tem 58986 habitantes e uma DP de 509,7 Hab./Km<sup>2</sup>. Estes dados estão de acordo com o restante território nacional, onde se verificam DP mais elevadas nos meios urbanos. Tal como o CSSJ, o Porto apresenta um IE (160,2%) superior ao de Felgueiras (63,2%) (Figura 5), reflectindo uma população mais envelhecida na área urbana.



**Figura 5:** Índice de Envelhecimento Fonte: INE 2009

Verifica-se uma Taxa Bruta de Natalidade maior no Porto comparativamente com Felgueiras e a Região Norte (RN). Felgueiras apresenta uma Taxa Bruta de Mortalidade inferior ao Porto e à média nacional (*Figura 6*).

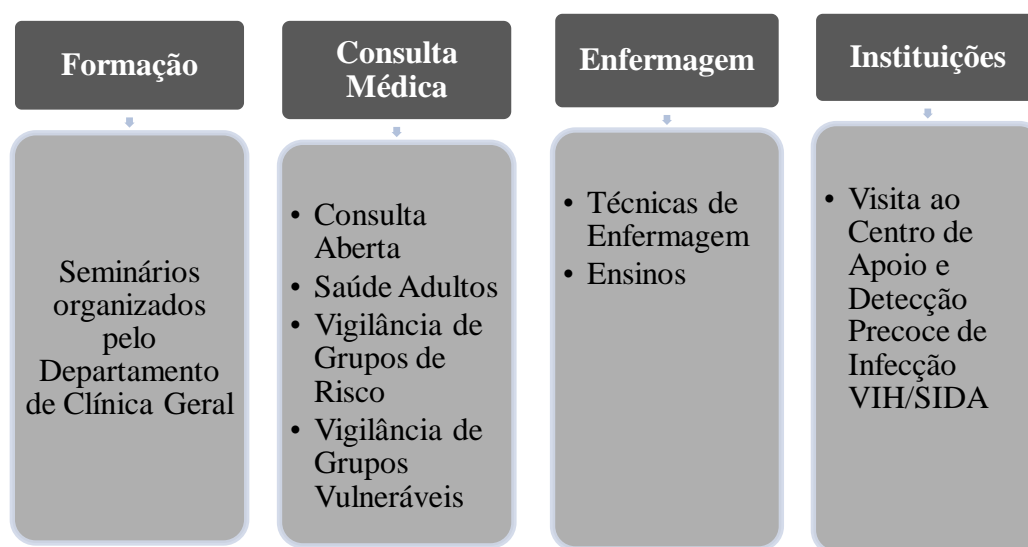


**Figura 6:** *Taxas Brutas de Natalidade e Mortalidade* Fonte: INE 2009

## 5. Descrição das actividades realizadas

As actividades que se desenvolveram durante o estágio de MC tiveram início no dia 13 de Dezembro de 2010 e terminaram no dia 7 de Janeiro de 2011.

Durante o estágio, foram desenvolvidas diversas actividades, tais como sessões de formação, participação na Consulta Médica, acompanhamento da equipa de Enfermagem e visita a estruturas de saúde da comunidade. O cronograma do estágio encontra-se no *Apêndice I*.



**Figura 7:** *Actividades desenvolvidas no estágio (VIH, Virus da Imunodeficiência Humana)*

### Seminários

No início de cada módulo, o Departamento de Clínica Geral apresentou um seminário, de presença obrigatória, destinado aos estudantes.

Nestes seminários foram abordados assuntos como a organização das US e diferenças entre o meio rural e urbano, os objectivos do estágio, as tarefas e trabalhos a realizar. Além disso, abordou-se a organização dos CSP e as suas principais áreas de intervenção. Foram

ainda apresentados casos clínicos, a título de exemplo, de teor prático, com o objectivo de expor alguns dos problemas mais comuns que surgem durante a Consulta Médica.

### **Actividades desenvolvidas nas US**

Todas as actividades realizadas foram tuteladas por um especialista em MGF. No módulo urbano, que deu inicio ao estágio, o tutor atribuído foi o Dr. Abílio Malheiro e no módulo rural o Dr. Luís Pinheiro.

Ao longo dos dois módulos, para além de ser possível assistir às consultas, foi possível intervir activamente na realização da história clínica e do exame físico, e na discussão de hipóteses de diagnóstico e terapêuticas. Os dados colhidos durante a consulta foram registados nas diversas aplicações informáticas. Foram assistidas consultas de áreas tão diversas como Saúde Materna, Infantil ou do Idoso, no entanto, a maioria das consultas pertenciam ao grupo de Vigilância de Grupos de Risco.

A realização de Consulta Aberta tutelada foi uma experiência nova, que se mostrou uma oportunidade única na compreensão da importância da comunicação na entrevista clínica e que proporcionou o desenvolvimento de senso de responsabilidade e autonomia.

Ao longo do estágio também foi possível acompanhar de perto a equipa de Enfermagem das US. Foram observadas e realizadas as tarefas solicitadas no caderno de gestos, nomeadamente administração de fármacos e vacinas, pesquisa de glicemias, medição da tensão arterial, visualização da colocação e remoção do MAPA e realização de pensos com técnicas de assépsia.

Durante o módulo urbano, foi ainda organizada uma visita ao Centro de Aconselhamento e Detecção Precoce da Infecção pelo VIH/Sida, onde foi exposto o papel fundamental dos profissionais de saúde na prevenção e no diagnóstico precoce desta infecção.

## **Trabalhos elaborados**

Ao longo do estágio foram realizados vários trabalhos, que podem ser consultados como apêndices.

**Tabela 3:** *Trabalhos elaborados durante o estágio*

<b>Apêndice</b>	<b>Trabalho</b>	<b>Valência</b>
<i>Apêndice II</i>	Registo de um dia de consultas	Urbana
<i>Apêndice III</i>	Reflexão sobre “Pedidos Inapropriados dos Doentes”	Urbana
<i>Apêndice IV</i>	Panfleto de Promoção para a Saúde sobre “Obesidade Infantil”	Urbana
<i>Apêndice V</i>	Registo de um dia de consultas	Rural
<i>Apêndice VI</i>	História Clínica em MGF	Rural
<i>Apêndice VII</i>	Fluxograma de Decisão sobre “Abordagem do Doente com Hemoptise”	Rural
<i>Apêndice VIII</i>	Questionário aplicado ao estudo “Padrões de Prescrição na Diabetes em utentes do CSSJ e da USFH”	Urbana e Rural
<i>Apêndice IX</i>	Padrões de Prescrição na Diabetes em utentes do CSSJ e da USFH	Urbana e Rural

## 6. Conclusão

O estágio em MC mostrou-se uma experiência gratificante e enriquecedora, revelando-se um marco importante na formação académica do aluno de Medicina, pela multiplicidade de experiências que proporcionou.

Neste estágio, a MGF mostrou-se uma especialidade médica que trata um vasto role de patologias e uma enorme diversidade de doentes, sendo o vasto conhecimento teórico e a capacidade de adaptação às mais variadas situações, características indispensáveis a um bom médico. Foi interessante constatar que o acompanhamento do utente se dá ao longo de um largo período de tempo, desde a gravidez até ao envelhecimento do indivíduo adulto, e que a abordagem do doente é feita enquanto elemento de uma família e de uma comunidade, não apenas isoladamente. Para além disso, muitos dos casos observados só podem ser totalmente compreendidos e solucionados se forem analisados no seu contexto pessoal, familiar e social.

A possibilidade de realizar o estágio nos meios urbano e rural, permitiu o contacto com realidades culturais muito diferentes e a percepção das diferenças existentes ao nível dos hábitos e das patologias predominantes em dois meios distintos.

Os objectivos propostos foram atingidos, com a aquisição de conhecimentos médicos e aptidões clínicas essenciais a uma boa prática clínica futura. Tal não seria possível sem a colaboração dos orientadores de estágio e a boa organização da disciplina.

## 7. Bibliografia

- 1 – McWhinney IR. Manual de Medicina Familiar. Lisboa: Inforsalus, 1994.
- 2 – Comunicação em contexto clínico. Lisboa: Bayer Health Care; 2007.
- 3 – Biscaia AR, Martins JN, Carreira MF, Gonçalves IF, Antunes AR, Ferrinho P. Cuidados de Saúde Primários em Portugal – Reformar para Novos Sucessos. 1ª Edição. Lisboa: Abril 2006.
- 4 – Declaração de Alma – Ata, Declaração de Edimburgo e Objectivos de Desenvolvimento do Milénio – WEB
- 5 – Organização Mundial de Saúde. The World Health Report 2008: Primary Health Care Now More Than Ever.2008
- 6 – Hespanhol A, Malheiro A, Pinto AS. O Projecto “Tubo de Ensaio”. Breve história do Centro de Saúde São João. Ver Port Clin Geral 2002; 18: 177-86.

## Apêndice I – Cronograma do Estágio

### Valência Urbana: CSSJ

	13/12/2010	14/12/2010	15/12/2010	16/12/2010	17/12/2010
<b>Manhã</b>	Consulta Programada	Enfermagem	Consulta Aberta	Visita ao Centro de Aconselhamento e Detecção Precoce do HIV/Sida	Consulta Programada
<b>Tarde</b>					

	20/12/2010	21/12/2010	22/12/2010	23/12/2010	24/12/2010
<b>Manhã</b>	Consulta Aberta e Consulta Programada	Consulta Aberta e Consulta Programada	Consulta Programada e Enfermagem	Consulta Aberta	Feriado
<b>Tarde</b>					

**Valência Rural: USFH**

	<b>27/12/2010</b>	<b>28/12/2010</b>	<b>29/12/2010</b>	<b>30/12/2010</b>	<b>31/12/2010</b>
<b>Manhã</b>	Consulta de Saúde do Adulto	Consulta de Vigilância de Diabetes	Consulta de Saúde Materna e Saúde Infantil	Consulta de Saúde do Adulto E Planeamento Familiar	Consulta de Saúde do Adulto
<b>Tarde</b>	Consulta Aberta	Consulta Aberta		Consulta de Vigilância de Hipertensão Arterial	

	<b>3/01/2011</b>	<b>4/01/2011</b>	<b>5/01/2011</b>	<b>6/01/2011</b>	<b>7/01/2011</b>
<b>Manhã</b>	Consulta de Saúde do Adulto	Consulta de Vigilância de Diabetes	Consulta de Saúde Materna e Saúde Infantil	Consulta de Saúde do Adulto E Planeamento Familiar	Consulta de Saúde do Adulto
<b>Tarde</b>	Consulta Aberta	Consulta Aberta		Consulta de Vigilância de Hipertensão Arterial	

## Apêndice II – Registo de um dia de consultas no CSSJ

### 13 de Dezembro de 2010

- **Caso 1:** H.B.L., sexo masculino, 68 anos, raça caucasiana.

**Motivo de Consulta:** Vigilância de DM 2 e HTA.

**Problemas:** HTA controlada; ICC; DM tipo 2; Osteoporose; Dislipidemia.

**Orientação:** Pede-se estudo analítico e inicia Diamicron<sup>®</sup> LA 60, 1 de manhã.

- **Caso 2:** M.C.S.C.A.L., sexo feminino, 67 anos, raça caucasiana.

**Motivo de Consulta:** Consulta de rotina. Apresenta queixas de pirose e história de ITU's de repetição

**Problemas:** DRGE com hérnia do hiato; HTA controlada; Dislipidemia; Osteoartroses da coluna; Glaucoma; Sinusite; ITU.

**Orientação:** Foi pedido exame bacteriológico de urina para controlo. Inicia Pantoc 40<sup>®</sup>.

**Referência:** Foi encaminhada para consulta de Urologia.

- **Caso 3:** M.C.B.S.G., sexo feminino, 67 anos, raça caucasiana.

**Motivo de Consulta:** Consulta de rotina. Vem mostrar ecografia renal e estudo analítico por anemia.

**Problemas:** Osteoartroses dos joelhos e da coluna; HTA controlada; Depressão; Dislipidemia; Obesidade; ICC; DM tipo2.

**Orientação:** Mantém medicação habitual.

- **Caso 4:** C.T.T.T., sexo feminino, 47 anos, raça caucasiana.

**Motivo de Consulta:** Vem por história de enxaqueca de longa data, sem melhoria sintomática com tratamento profilático. Corrimento vaginal sem cheiro.

**Problemas:** Enxaqueca; Leucorreia.

**Orientação:** Foi realizado exame ginecológico com recolha de material para estudo citológico. Recomenda-se a toma de Zomig<sup>®</sup> em SOS. Pede-se mamografia, ecografia mamária, estudo analítico e colonoscopia (por apresentar história familiar de neoplasia do cólon).

- **Caso 5:** S.R.M.V., sexo feminino, 21 anos, raça caucasiana.

**Motivo de Consulta:** Vem mostrar resultado de exame vaginal.

**Problemas:** Pielonefrite aguda; Exame vaginal positivo para *Ureaplasma urealyticum* e para *Candida galibrata*. Negativo para *Chlamidia*.

**Orientação:** Prescrito tratamento de 6 meses com Itraconazol 400mg/mês e Vibramicina 100mg 12h/12h durante 7 dias.

- **Caso 6:** M.A.S., sexo feminino, 72 anos, raça caucasiana.

**Motivo de Consulta:** Vem por omalgia direita e dores osteoarticulares. Alterações da memória.

**Problemas:** Dislipidemia; HTA com atingimento de órgãos alvo; ICC; Veias varicosas; FA; Catarata.

**Orientação:** Pedido estudo analítico. Inicia Venlafaxina 37,5mg e Zaldiar<sup>®</sup>.

- **Caso 7:** A.J.S.H., sexo feminino, 44 anos, raça caucasiana.

**Motivo de Consulta:** Vem por lesão distrófica da unha.

**Problemas:** Veias varicosas; Depressão; HTA controlada; Microlitíase renal bilateral em 2010; Onicomiose.

**Orientação:** Inicia Reforce 150<sup>®</sup> 1/semana durante 6 meses.

- **Caso 8:** A.W.L.M.R., sexo feminino, 88 anos, raça caucasiana.

**Motivo de Consulta:** Vem por ITU medicada com Rocephin<sup>®</sup>, agora queixa-se de dores abdominais e lombares.

**Problemas:** Demência de Alzheimer; Osteoporose; ICC; DRGE; Síndrome mielodisplásico; Anemia perniciosa; ITU.

**Referência:** Considerando o risco de septicemia, é enviada ao SU.

- **Caso 9:** A.M.A.D.S.M., sexo feminino, 52 anos, raça caucasiana.

**Motivo de Consulta:** Dores das mãos com tumefacções em D2 direito e D3 esquerdo.

**Problemas:** Nódulos de Bouchard nas falanges distais em D2 e D3.

**Orientação:** Foi pedido estudo analítico e Rx das mãos. Mantém Maltofer<sup>®</sup> e Brufen 400<sup>®</sup> em SOS.

- **Caso 10:** L.J.M.S.M., sexo masculino, 63 anos, raça caucasiana.

**Motivo de Consulta:** Consulta de rotina.

**Problemas:** HTA controlada; Roncopatia; Neuropatia sensitiva e motora desmielinizante associada a tremor.

**Orientação:** Mantém medicação habitual.

- **Caso 11:** P.B.V.S., sexo masculino, 45 anos, raça caucasiana.

**Motivo de Consulta:** Obstrução nasal acompanhada de dor naso-malar, sem tosse. Apirético.

**Problemas:** Doença de Gilbert; Constipação.

**Orientação:** Inicia Constipal<sup>®</sup>, Nasarox<sup>®</sup> e Provax<sup>®</sup>.

- **Caso 12:** S.H.G.F.P., sexo feminino, 36 anos, raça caucasiana.

**Motivo de Consulta:** História de ITU's de repetição, medicada com antibióticos, ultimamente com ardência vulvar e dispareunia.

**Problemas:** Dislipidemia; Obesidade; Dispareunia.

**Orientação:** Realizado exame ginecológico com colheita de amostra para estudo citológico.

### Apêndice III – Reflexão sobre “Pedidos Inapropriados dos Doentes”

*Doente na casa dos 40 anos, sexo feminino, dirige-se ao Centro de Saúde no âmbito de Consulta Aberta, acompanhada pelo marido. Durante a consulta a doente pergunta se teria direito a isenção da taxa moderadora por Epilepsia. Refere o caso de uma sobrinha, que por sofrer desta patologia, se tornou isenta. Apesar da isenção ao abrigo de um artigo que declara isentos de taxa moderadora todos os utentes que sofram de doença gravemente incapacitante, foi atribuída, à sobrinha desta doente, licença para condução de veículos. Apesar deste argumento, e após a análise das normas sobre isenção de taxa moderadora, não foi aplicada a esta doente tal isenção.*

*Surge então, neste contexto, a ideia de reflectir sobre pedidos inapropriados, feitos pelos doentes, ao Médico de Família.*

Os médicos de família, assim como os outros médicos, são muitas vezes confrontados com pedidos de meios de diagnóstico e terapêutica, atestados, certificados e declarações, por parte dos doentes. A formulação destes pedidos assume formas diversas, desde a solicitação (por vezes não fundamentada) de outros clínicos, até pedidos alicerçados em informações sem qualquer critério, divulgadas nos meios de comunicação social. Os mesmos circunstancialismos são aplicáveis ao pedido de tratamentos e declarações.

Estes pedidos frequentemente interpelam e atestam a relação médico/doente.

Esta realidade é muitas vezes sentida e interpretada como intromissão no próprio acto clínico e geradora de potenciais conflitos. As inúmeras questões que suscitam vão desde a contextualização do pedido até implicações no campo ético, nomeadamente ao nível da decisão médica.

Tão importante como identificar um pedido inadequado é definir as circunstâncias que o tornam inapropriado.

Os pedidos dos doentes tornam-se inapropriados quando ultrapassam os limites da relação médico/doente e o campo do conhecimento médico ou quando requerem que o médico engendre uma mentira ou manipule a verdade de forma a atingir os objectivos do doente.

Por vezes, torna-se muito complicado dar a volta à questão e não aceder à vontade do doente, e mais complicado ainda, é conseguir contornar a situação sem fragilizar a relação e os laços de confiança criados entre o médico e o doente.

Existem, no entanto, várias razões para não se seguir um caminho oposto ao sistema. Mesmo que em defesa do doente, este tipo de ocorrência pode lesar a relação médico/doente, pode ser lesiva para o doente, pode ser prejudicial para outros doentes e pode lesar os próprios médicos.

Na tentativa de resolver as situações de pedidos inapropriados, torna-se imperativo saber reconhecer a sua existência e clarificar o problema com o doente, procurando perceber o que está a ser requerido.

Qualidades que o clínico deve preservar, no sentido de uma boa comunicação entre o médico e o doente, essencial à resolução destes embaraços, são a capacidade de entender o ponto de vista do doente e clarificar os pedidos, a habilidade de construir uma proximidade afectiva mantendo sempre a honestidade e defendendo os próprios direitos e acreditar naquilo que se defende.

Assim, empatia, cordialidade, concreção, assertividade e convicção são essenciais para lidar da melhor forma com este tipo de situações, com que todos os médicos acabem por se deparar ao longo da sua prática profissional.

### **Bibliografia:**

- António Lourenço. Do injustificável ao ajustado – Notas sobre terapêuticas e exames complementares de diagnóstico a pedido dos doentes. Revista Portuguesa de Clínica Geral 2008;24:75-84
- Isabel Santos. Pedidos desapropriados de certificados. Revista Portuguesa de Clínica Geral 2008;24:67-73

## Apêndice IV - Panfleto de Promoção para a Saúde sobre “Obesidade Infantil”

### Frente:

**Conselhos**

- ✗ Fazer exercício físico pelo menos 2 vezes por semana;
- ✗ Beber muita água;
- ✗ Não beber refrigerantes;
- ✗ Come muitas vezes durante o dia em pouca quantidade.

**U.PORTO**  
FMUP FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DO PORTO

**OBESIDADE INFANTIL**

A Epitímia do Século XXI

Medicina Comunitária  
Módulo Urbano  
Panfleto de Promoção para a Saúde  
Sébio Martins

### Verso:

**Obesidade Infantil**

✗ O que é Obesidade?

Excesso de gordura corporal que pode levar a graves problemas de saúde.

**Deves comer:**

- ✗ Saladas;
- ✗ Sopa;
- ✗ Legumes;
- ✗ Uma refeição de peixe alternada com uma refeição de carne por dia;
- ✗ Fruta;

**Não deves comer:**

- ✗ Bolos;
- ✗ Doces;
- ✗ Fritos;
- ✗ Pizzas e hambúrgueres;

**27 de Dezembro de 2010**

- **Caso 1:** A.F.D., sexo feminino, 26 anos, raça caucasiana.

**Motivo de Consulta:** Vem por tumefacção cervical sentida à palpação e tumefacção dolorosa na porção proximal interna da perna.

**Problemas:** Tiróide de consistência homogénea aumentada à direita; Lipoma da perna.

**Orientação:** Foram explicados à doente os riscos e benefícios da cirurgia de excisão do lipoma, que foi negada pela doente. Pediu-se estudo da função tiróideia.

- **Caso 2:** L.P.F.S., sexo feminino, 27 anos, raça caucasiana.

**Motivo de Consulta:** Vem por tosse produtiva com expectoração amarelada, rouquidão, febre e mialgias.

**Problemas:** Síndrome gripal.

**Orientação:** Foi prescrito Ben-U-Ron<sup>®</sup>, Vibrocil<sup>®</sup> e Enfalac<sup>®</sup>.

- **Caso 3:** M.R.O., sexo feminino, 69 anos, raça caucasiana.

**Motivo de Consulta:** Vem por nódulo cervical duro com sinais inflamatórios centrais. Vem mostrar EDA e colonoscopia total.

**Problemas:** HTA controlada; DM tipo 2; Depressão; Diminuição da acuidade visual.

**Orientação:** Foi pedido hemograma com perfil leucocitário e contagem plaquetária e estudo da função tiróideia. Foi prescrito Lansoprazole, Tromalyt<sup>®</sup>, Fucicort<sup>®</sup> e Ciclum<sup>®</sup>.

**Referência:** Marca-se consulta de Oftalmologia.

- **Caso 4:** F.A.L., sexo masculino, 65 anos, raça caucasiana.

**Motivo de Consulta:** Consulta de rotina.

**Problemas:** DM tipo 2; HTA não complicada.

**Orientação:** Mantém medicação habitual.

- **Caso 5:** J.O.S., sexo feminino, 70 anos, raça caucasiana.

**Motivo de Consulta:** Consulta de controlo da Diabetes.

**Problemas:** DM tipo 2; Retinopatia diabética.

**Orientação:** Mantém medicação habitual.

- **Caso 6:** L.J.R.S.R., sexo masculino, 25 anos, raça caucasiana.

**Motivo de Consulta:** Vem por dor na região anal.

**Problemas:** Epilepsia; Fissura anal.

**Orientação:** Foi pedido estudo analítico e ECG. Foi prescrito Tegretol 400<sup>®</sup>, Castilium 20<sup>®</sup>, Lamictal<sup>®</sup>, Rectogesic<sup>®</sup> e Daflon 500<sup>®</sup>.

- **Caso 7:** M.G.F.S., sexo feminino, 59 anos, raça caucasiana.

**Motivo de Consulta:** Consulta de controlo da HTA. Refere dor tipo cólica no hipocôndrio direito, sem outros sintomas.

**Problemas:** HTA não complicada; Aerocolia.

**Orientação:** Pedida ecografia abdominal. Inicia Kreon<sup>®</sup> e Ben-U-Ron 1000<sup>®</sup>.

- **Caso 8:** H.D.C.T., sexo masculino, 25 anos, raça caucasiana.

**Motivo de Consulta:** Consulta de rotina. Refere queda de cabelo. Refere perda da acuidade visual.

**Problemas:** HTA não complicada; Obesidade.

**Orientação:** Pedido estudo analítico e ECG. Prescrita Solução de Minoxidil a 5%.

**Referência:** Consulta de nutrição. Consulta de Oftalmologia.

- **Caso 9:** R.S.F.T., sexo feminino, 34 anos, raça caucasiana.

**Motivo de Consulta:** Vem por corrimento vaginal sem cheiro e ardência vaginal.

**Problemas:** Candidíase vaginal iatrogénica.

**Orientação:** Prescrito Diflucam<sup>®</sup> e Gynocanesten<sup>®</sup>.

- **Caso 10:** H.J.R.P., sexo feminino, 42 anos, raça caucasiana.

**Motivo de Consulta:** Vem por tumefacção mamária direita, não dolorosa e sem prurido.

**Problemas:** Nódulos mamários; Obesidade.

**Orientação:** Pedida ecografia mamária.

- **Caso 11:** J.F.R.S., sexo masculino, 38 anos, raça caucasiana

**Motivo de Consulta:** Vem por dores lombares sem irradiação, medicado com Voltaren<sup>®</sup> IM, actualmente sem dores.

**Problemas:** Lombalgias.

**Orientação:** Foi pedido estudo analítico de rotina. Foi marcada consulta para Março de 2011.

**Local da colheita:** Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Felgueiras – Extensão Hygeia

**Data da Recolha da Informação:** 3 de Janeiro de 2011

**Fonte da Informação:** a própria doente, consciente e confiável.

## **1. Identificação**

**Nome:** M.F.L.C.L.

**Sexo:** Feminino

**Idade:** 60 anos

**Raça:** Caucasiana

**Estado Civil:** Casada

**Naturalidade:** Borba de Godim, Lixa

**Residência:** Borba de Godim, Lixa

**Profissão:** Reformada (foi empregada fabril durante 30 anos)

**Religião:** Católica

**Escolaridade:** 4ª classe

## **2. Queixa Principal**

Diabetes mellitus tipo 2 desde há 15 anos

### **3.História da Doença Actual**

Doente assintomática até há 15 anos, altura em que iniciou sintomatologia típica da Diabetes. A doente começou por sentir polidipsia, poliúria e irritabilidade. Refere ainda polifagia com perda de peso marcada. Na altura recorreu ao Hospital de Nossa Senhora da Oliveira, em Guimarães, onde foi submetida a análises sanguíneas. Perante os resultados obtidos nas análises e a sintomatologia apresentada pela doente, foi-lhe diagnosticada Diabetes Mellitus tipo 2. Foram-lhe explicadas as implicações da Diabetes na sua vida diária, os cuidados a ter e o tratamento proposto, que consistia em alteração dos hábitos de vida, com dieta alimentar, exercício físico e metformina. A doente refere o cumprimento cuidadoso da terapêutica e apresenta, desde essa altura, controlo dos sintomas e dos parâmetros metabólicos, com valores de glicemia dentro dos limites da normalidade.

### **4.História Médica Prévia**

➤ Doenças Prévias:

- Refere varicela e amigdalites de repetição na infância.
- Apresenta astigmatismo, e por isso usa óculos desde os 30 anos.
- Diabética desde os 45 anos.
- HTA não complicada, controlada com medicação, diagnosticada há 10 anos.
- Dislipidémica desde 2007.

➤ Cirurgias / Internamentos:

- Submetida a cirurgia cardíaca para valvuloplastia mitral em 1993.
- Submetida a apendicectomia no início de 2008; mais tarde, no mesmo ano, foi submetida a histerectomia e anexectomia bilateral por complicações cirúrgicas da apendicectomia.
- Submetida a cirurgia abdominal por aderências peritoneais em 2009.

➤ Acidentes / Traumatismos:

- Refere acidente de viação em 1995, do qual resultou a fractura dos ossos nasais com desvio do septo; foi submetida a tratamento conservador.

## **5.Cuidados de Saúde Habituais**

➤ Hábitos e factores de risco:

- Faz cinco refeições diárias (pequeno almoço, lanche a meio da manhã, almoço, lanche a meio da tarde e jantar), com ingestão diversificada de alimentos e equilíbrio entre ingestão de carne e peixe. Não come pão, gorduras e fritos.
- Nega hábitos tabágicos ou consumo de drogas.
- Nega hábitos etílicos.
- Nega prática de exercício físico.
- Nega alergias.
- PNV actualizado.

➤ Medicação Habitual:

- Crestor<sup>®</sup> (rosuvastatina) 20mg
- Risidon<sup>®</sup> (metformina) 100mg
- Lasix (furosemida) 20mg
- Varfine<sup>®</sup> (varfarina) 5mg

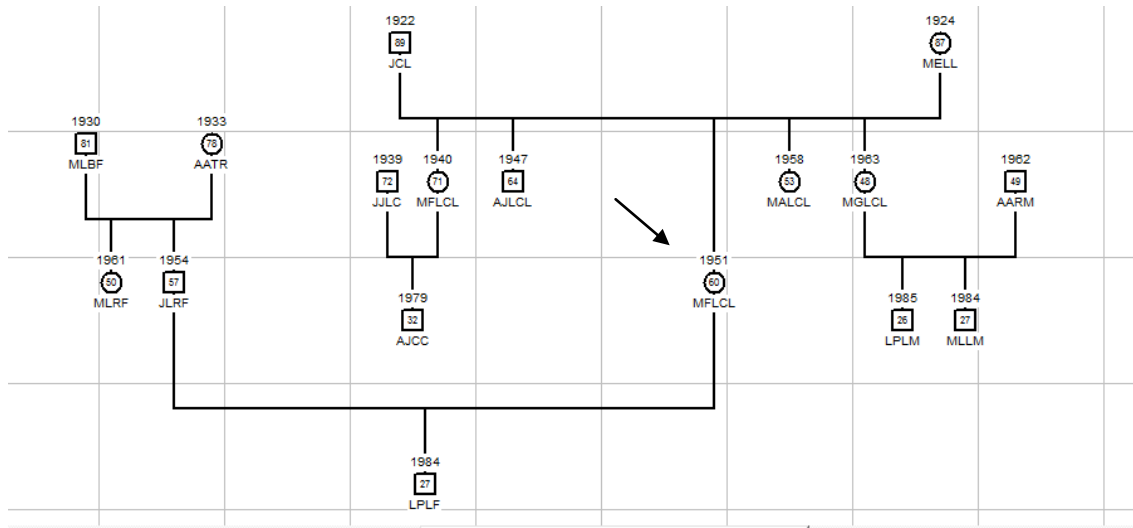
## **6.Biopatofisiologia**

- A paciente nasceu há 60 anos em Borba de Godim, na Lixa. É a 3ª filha de um casal com cinco filhos. Nasceu de parto eutócico sem intercorrências.

- Considera que foi uma criança feliz e alegre e que viveu num bom ambiente familiar. Sempre teve uma boa relação com o seu núcleo familiar, que era muito unido, apesar das dificuldades económicas que viviam.
- Aos 7 anos, entrou na escola primária, que frequentou até aos onze anos. Gostava de estudar e era boa aluna, mas os pais não tinham possibilidades de pagar os estudos, e por isso, após a conclusão da quarta classe, abandonou a escola.
- Aos 11 anos de idade, começou a trabalhar como empregada fabril. Sempre gostou muito da sua profissão e mantinha uma relação de amizade com as colegas de trabalho.
- Com 29 anos, casou-se com o actual marido, que é 6 anos mais novo. Refere ter, ao longo destes 31 anos, um casamento cheio de alegrias e refere que o seu marido é o seu melhor amigo.
- Esteve casada quatro anos, até engravidar. Nove meses depois deu à luz o único filho que teriam. A gravidez decorreu sem intercorrências e o parto foi eutócico.
- Aos 38 anos foi-lhe diagnosticada, numa consulta de rotina, patologia valvular cardíaca. Cinco anos depois foi submetida a valvuloplastia e foi reformada por doença. Refere que o dia da cirurgia foi dos piores da sua vida, porque temeu a morte e pensou que não veria de novo o filho e o marido.
- Aos 45 anos foi-lhe diagnosticada Diabetes Mellitus tipo 2.
- Neste momento vive com o filho e o marido, e diz ser uma pessoa muito feliz.

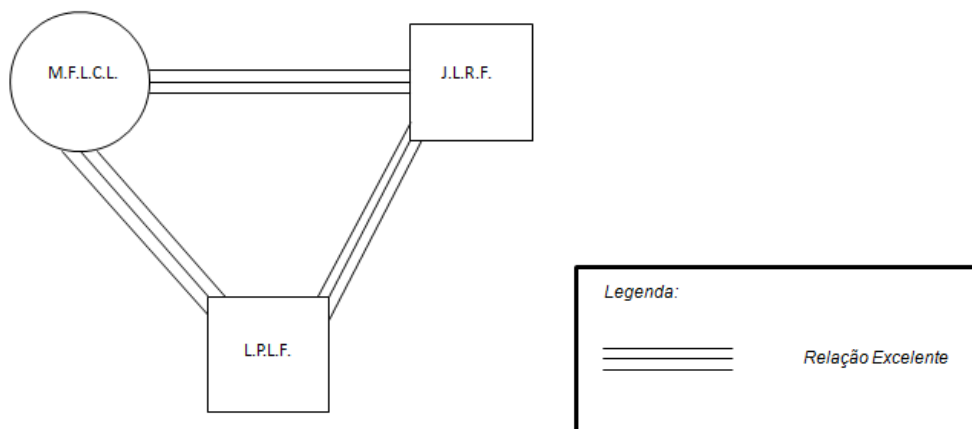
## 7. Abordagem Familiar

➤ Genograma:



➤ Psicofigura de Mitchel:

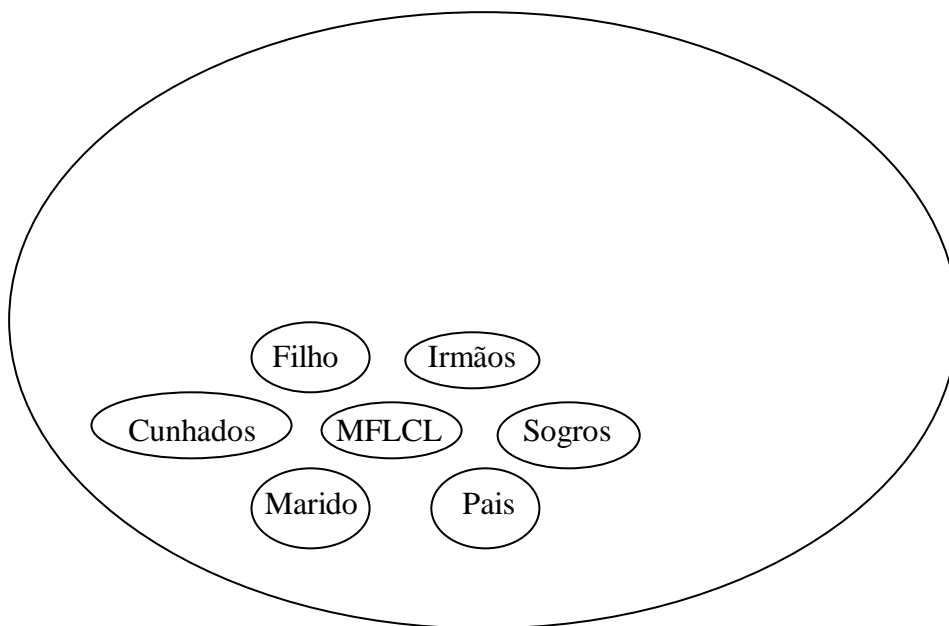
A psicofigura foi realizada pela doente, unindo, através de diferentes tipos de traçado, de significado pré-estabelecido, os elementos do seu agregado familiar.



O agregado familiar da doente é formado pela doente, pelo marido e pelo filho. A relação que mantêm é, segundo a doente, óptima.

➤ Circulo Familiar de Thrower:

O Circulo Familiar de Thrower é a representação gráfica do valor que têm, para o individuo, as pessoas, outros seres e objectos que lhe são próximos.



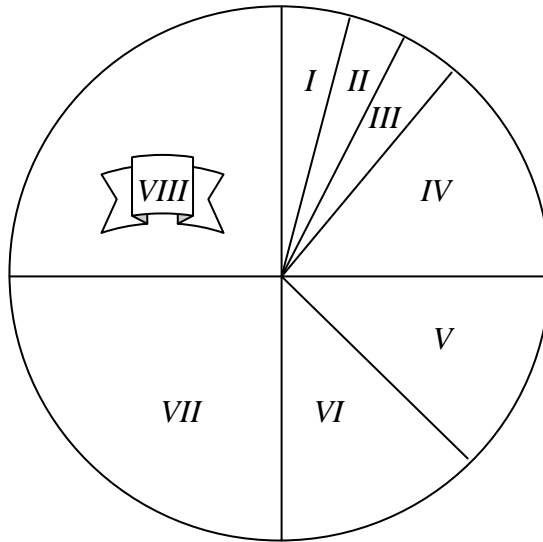
A doente coloca toda a sua família dentro do círculo, porque considera que tem uma excelente relação com todos os membros. Não faz qualquer distinção entre os pais e os sogros, ou entre os irmão e os cunhados.

Feita a pergunta “está contente com a representação que fez da sua família?”, a doente responde “sim”.

➤ Ciclo de Vida Familiar de Duvall:

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

Ao identificar uma nova fase em que a família vai entrar, pode apoiá-la e prepará-la para a transição, pelo que este instrumento é muito útil.



De acordo com a evolução do ciclo familiar de Duvall, actualmente o agregado encontra-se na *fase VIII: da reforma à viuvez*.

➤ Apgar Familiar de Smilkstein:

O modelo Apgar Familiar de Smilkstein é composto por um questionário com cinco perguntas, cujas respostas se podem ser “Quase sempre”, “Algumas vezes” ou “Quase nunca”. Estas respostas têm o valor de 2, 1 ou 0 pontos, respectivamente.

Famílias altamente funcionais – 7 a 10 pontos  
 Famílias com disfunção moderada – 4 a 6 pontos  
 Famílias com disfunção acentuada – 0 a 3 pontos

<i>Apgar</i>	<i>Quase sempre</i>	<i>Algumas vezes</i>	<i>Quase nunca</i>
<i>Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família</i>	X		
<i>Estou satisfeito com a forma como a minha família discute os assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema</i>	X		
<i>Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida</i>	X		
<i>Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor</i>	X		
<i>Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família</i>	X		

**Total:** 10 pontos. A paciente faz parte de uma família altamente funcional. A utente está satisfeita com todos os aspectos que dizem respeito à sua família.

## **8.Aspectos psico-sociais**

➤ Capacidades Individuais:

- **Locomoção:** Não apresenta qualquer limitação na locomoção, sendo totalmente independente para as actividades da vida diária.
- **Sentidos:** sem alterações auditivas ou sensitivas. Orientada no tempo e no espaço e com boa memória para eventos passados. Usa óculos devido ao astigmatismo.
- **Cuidados de higiene diários:** realiza a sua higiene pessoal diariamente sem necessidade de ajuda.

➤ Escolaridade: 4ª classe.

➤ Religião: Católica

➤ Habitação:

Vive com o marido e com o filho, em habitação própria, que adquiriu já há bastantes anos. É uma vivenda uni-familiar com 2 pisos, 3 quartos e, segundo a doente, boas condições. A casa tem água canalizada, saneamento básico, electricidade, telefone e televisão. Não tem animais domésticos.

➤ Nível socioeconómico: tem uma casa própria e vive da reforma.

## **9. Motivo da Consulta**

A doente foi atendida na USF no âmbito da consulta de vigilância de Diabetes

## **10. Exame Objectivo**

➤ Estado Geral:

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

➤ Parâmetros antropométricos:

- **Peso:** 63 Kg
- **Altura:** 1,65 m
- **IMC:** 23,16 Kg/m<sup>2</sup> (normal)

➤ Sinais Vitais:

- **Tensão Arterial:** 142/62 mmHg
- **Frequência Cardíaca:** 68 bpm
- **Frequência Respiratória:** 20 cpm
- **Glicemia:** 152
- **Colesterol:** 189
- **Temperatura Auricular:** 36,0°C

➤ Restante Exame:

- **Auscultação Cardíaca:** S1 e S2 presentes, de intensidade normal. Sem sopros.
- **Auscultação Pulmonar:** murmúrio vesicular presente bilateralmente e simétrico. Relação inspiração / expiração normal. Sem ruídos adventícios.
- **Abdômen:** mole e depressível, indolor à palpação superficial e profunda. Sem organomegalias ou massas palpáveis. Timpanismo difuso normal. Ruídos hidroaéreos presentes.
- Sem edemas periféricos
- **Exame neurológico** sumário normal

## 11. Lista de Problemas Activos

- Diabetes Mellitus tipo 2
- HTA
- Dislipidemia
- Astigmatismo

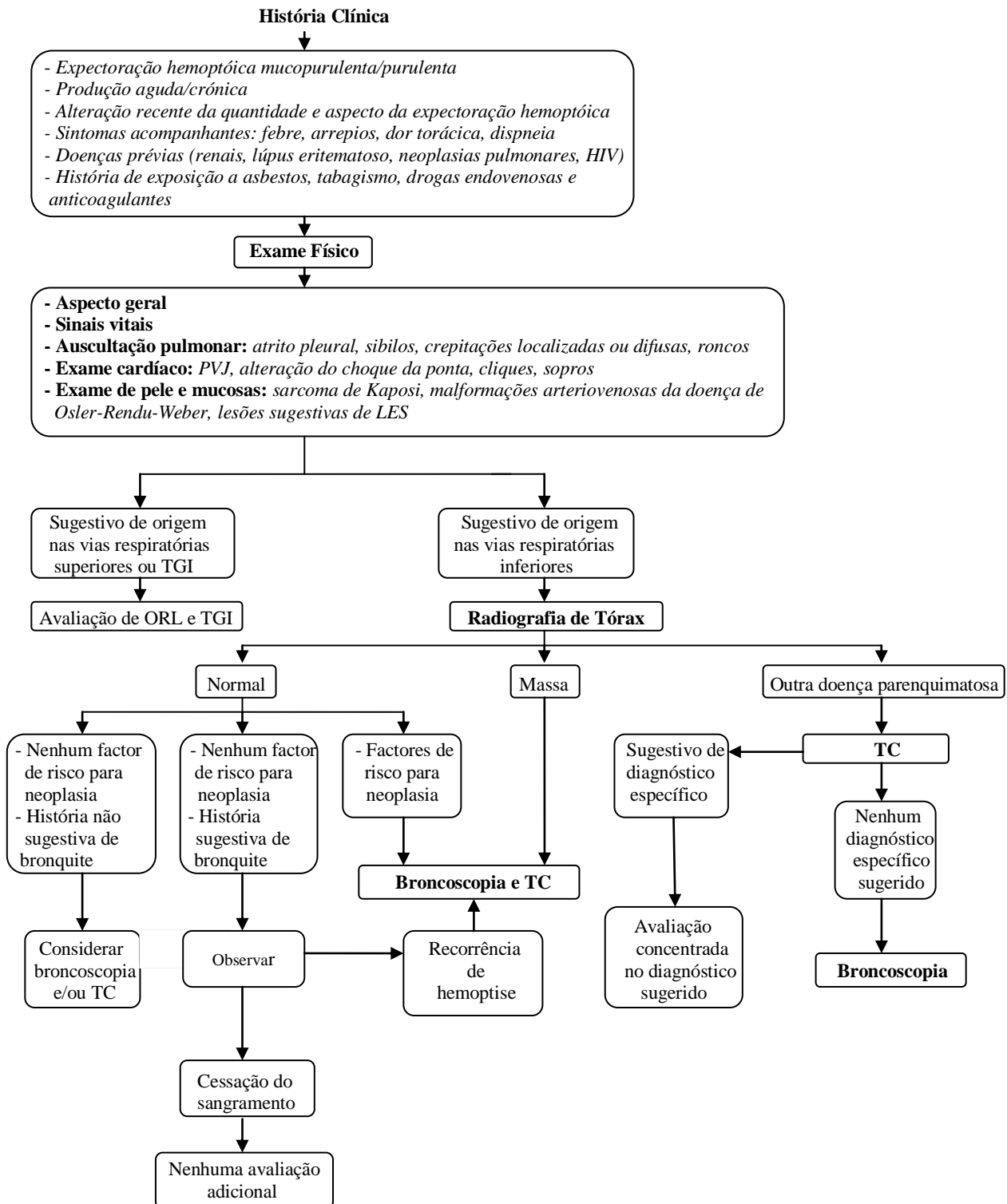
## 12. Plano

- Manutenção da terapêutica em curso para controlo da DM, HTA, dislipidemia e coração
- Reforço da necessidade de cumprir a medicação
- Marcação de nova consulta para Abril de 2011
- Aconselhamento acerca da importância do exercício físico, nomeadamente caminhadas, e duma alimentação saudável

### **13.Bibliografia**

- Caeiro, RT. Registos clínicos em Medicina Familiar. Instituto de Clínica Geral da zona Sul. 1ª Edição, 1991. Édipo, edição electrónica. Lda

## Apêndice VII - Fluxograma de Decisão sobre “Abordagem do Doente com Hemoptise”



### **Bibliografia:**

- Jean- Baptiste E: Clinical assessment and management of massive hemoptysis. Crit Care Med 28:1642, 2000
- Khalol A *et al.*: Role of MDCT in identification of the bleeding site and the vessels causing hemoptysis. AJR Am J Roentgenol 188:W117, 2007

**Apêndice VIII - Questionário aplicado ao estudo “Padrões de Prescrição na  
Diabetes em utentes do CSSJ e da USFH”**

**Gênero:** Masculino / Feminino

**Idade:** ≤18 / 19-34 / 35-64 / ≥65

**Valência:** Rural / Urbano

**Diabetes Mellitus:** Tipo I / Tipo II

1 – Alteração de Estilo de Vida (*Exercício físico, dieta*)

2 – Insulina e análogos

3 – Sulfonilureias (*Glibenclamida, Glipizida, Gliclazida, Glimepirida*)

4 – Biguanidas (*Metformina*)

5 – Glitazonas (*Pioglitazona*)

6 – Inibidores da Glucosidade  $\alpha$  (*Acarbose*)

7 – Meglitinidas (*Nateglinida*)

8 – Inibidores da DPP-4 (*Sitagliptina, Vildagliptina, Saxagliptina*)

9 – Associações farmacológicas fixas:

- *Metformina + Glibenclamida*
- *Metformina + Pioglitazona*
- *Metformina + Sitagliptina*
- *Metformina + Vildagliptina*
- *Glimepirida + Pioglitazona*

### 1. Introdução

A Diabetes Mellitus (DM) é uma das principais causas de morbilidade crónica e de perda de qualidade de vida, estando previsto o seu aumento nas próximas décadas. Tais factos, colocam a DM como um dos problemas de Saúde Pública de elevada magnitude, sendo previsível que constitua uma das principais causas de morbilidade e incapacidade total ou parcial durante o século XXI.<sup>1</sup> Em 2009, a prevalência da DM em Portugal foi de 12,3% da população com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos.<sup>2</sup>

Do tratamento da DM faz parte uma longa lista de fármacos e de medidas que visam a redução da exposição a factores de risco para diabetes e dessa forma evitar o seu aparecimento e retardar a sua evolução.

Os doentes com DM tipo I podem ter uma vida saudável e sem muitas limitações. Para tal é necessário fazer o tratamento adequado. Este tratamento engloba Insulina, alterações na alimentação, a prática de exercício físico e a educação do doente com o auto-controlo e auto-vigilância diários, através da medição diária das glicemias.<sup>3</sup>

O primeiro passo no tratamento da DM tipo II é o mais importante e implica alterações do estilo de vida, nomeadamente um plano alimentar saudável, exercício físico aeróbio e cessação tabágica.<sup>3</sup> Em grande parte dos casos, é necessária a utilização de fármacos anti-hiperglicémicos. Poucos foram os estudos de elevada qualidade realizados comparando a capacidade dos medicamentos no que respeita ao alcance dos objectivos glicémicos recomendados, e como tal existem diversos algoritmos para o tratamento de diabéticos tipo II.

Um dos esquemas adoptados com frequência em Portugal para o tratamento da DM tipo II é o algoritmo apresentado pela Sociedade Portuguesa de Diabetologia. Este esquema defende que o primeiro fármaco a ser usado deverá ser a Metformina. Se ao longo do tempo não se verificar a descida dos níveis de HbA1c para valores inferiores a 6,5%, deverá acrescentar-se um novo fármaco ao esquema terapêutico (Sulfonilureia, Insulina ou Glitazona). Se depois de estabelecido o esquema de dois fármacos, não se verificar descida dos níveis de HbA1c para níveis desejados, acrescenta-se mais um fármaco ou intensifica-se a terapêutica com Insulina.<sup>4</sup> O tratamento da DM tipo II apresenta-se assim, como um tratamento em degraus. Em Portugal, segundo dados do Instituto da Farmácia e do Medicamento (Infarmed), o grupo de Anti-diabéticos orais (ADO) mais prescrito é o das Biguanidas seguido das Sulfonilureias.

Atendendo à necessidade de inverter a tendência de crescimento da diabetes e das suas complicações em Portugal, torna-se imperativa a intervenção de todos os médicos, na

procura de estratégias que assentem na prevenção primária, através da redução dos factores de risco conhecidos, na prevenção secundária, através do diagnóstico precoce e do seu tratamento adequado, na prevenção terciária, através da reabilitação e reinserção social dos doentes e na qualidade da prestação dos cuidados ao diabético.<sup>1</sup> O Médico de Família, como paradigma do médico prestador de Cuidados de Saúde Primários, apresenta-se como primeira linha na prevenção e na instituição terapêutica na Diabetes.<sup>5</sup>

## 2. **Material e Métodos**

**Tipo de Estudo** – observacional descritivo transversal.

**Período de Estudo** – de 13 de Dezembro de 2010 a 7 de Janeiro de 2011

**Local do Estudo** – CSSJ e USFH

**População em Estudo** – utentes da consulta presenciada

**Amostra** – utentes da consulta programada e aberta de ambas as US, de todas as faixas etárias e diabéticos. A amostra é composta por 26 utentes.

**Variável Dependente** – prescrição na diabetes. As possibilidades terapêuticas para a diabetes foram divididas em nove categorias (Alterações de estilo de vida; Insulina e análogos; Sulfonilureias; Biguanidas; Glitazonas; Inibidores da Glucosidase  $\alpha$ ; Meglitinidas; Inibidores da DPP-4; Associações farmacológicas fixas).

**Variáveis Independentes** – género, dividido em masculino e feminino; idade, dividida em 4 faixas etárias ( $\leq 18$  anos; 19-34 anos; 35-64 anos;  $\geq 65$  anos).

**Recolha de dados:** os dados foram recolhidos através da aplicação de um questionário por entrevista directa ou através da consulta do processo clínico do doente.

**Tratamento de dados:** Os dados foram tratados em Microsoft Office Excel 2007<sup>®</sup>

### 3. Resultados

#### Caracterização da Amostra:

Obteve-se uma amostra de 26 indivíduos, sendo que 12 correspondem aos utentes inquiridos no CSSJ e 14 correspondem aos utentes inquiridos na USFH.

Na amostra total, cerca de 57,7% são mulheres e 42,3% são homens. A faixa etária mais prevalente no estudo foi  $\geq 65$  anos (61,5%), seguida por 35-64 anos (38,5%).

Fez-se a caracterização das amostras urbana e rural como se apresenta na *Tabela 1* e *Tabela 2*, respectivamente.

**Tabela 1:** *Caracterização da amostra urbana*

	N	%
<b>Distribuição por sexo</b>		
Masculino	5	41,7
Feminino	7	58,3
<b>Distribuição por grupo etário</b>		
$\leq 18$ anos	0	0
19-34 anos	0	0
35-64 anos	6	50
$\geq 65$ anos	6	50

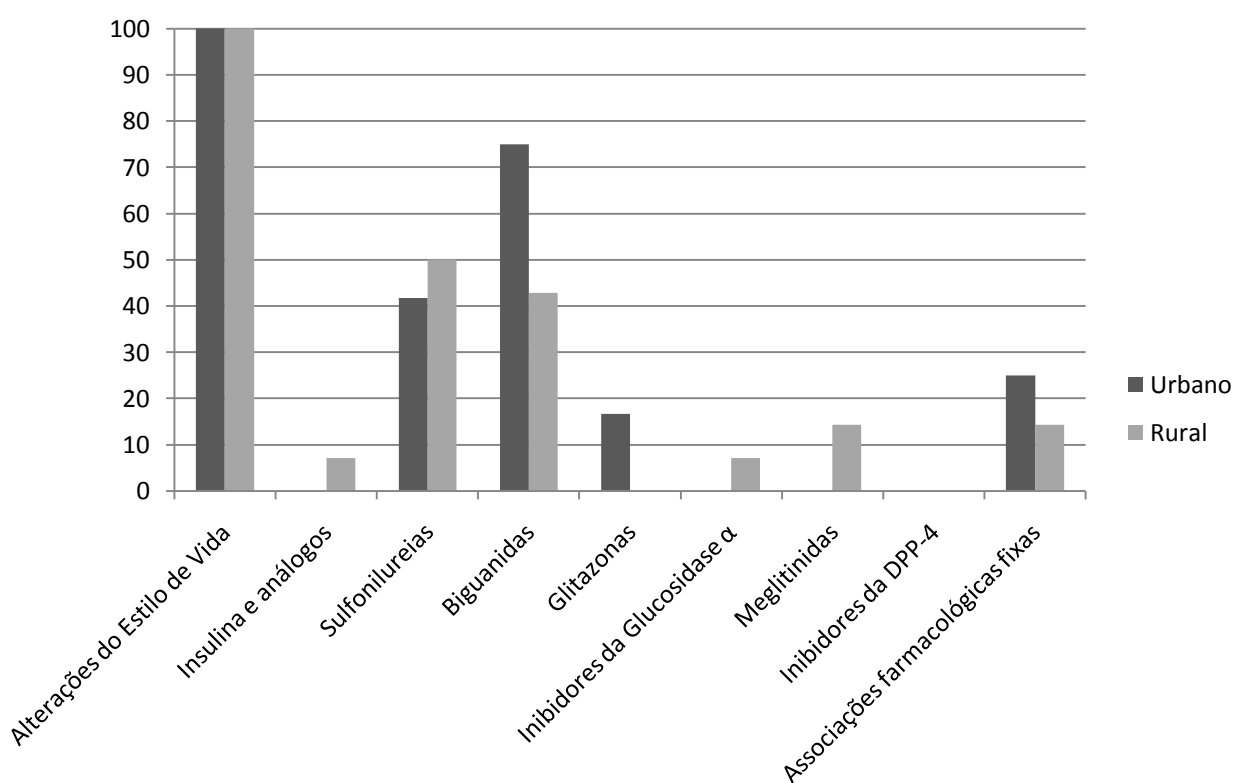
**Tabela 2:** *Caracterização da amostra rural*

	N	%
<b>Distribuição por sexo</b>		
Masculino	6	42,9
Feminino	8	57,1
<b>Distribuição por grupo etário</b>		
$\leq 18$ anos	0	0
19-34 anos	0	0
35-64 anos	4	28,6
$\geq 65$ anos	10	71,4

### Caracterização da prescrição:

A prevalência de diabéticos com DM tipo II em ambas as US foi 100%, não tendo sido presenciado nenhum caso de DM tipo I.

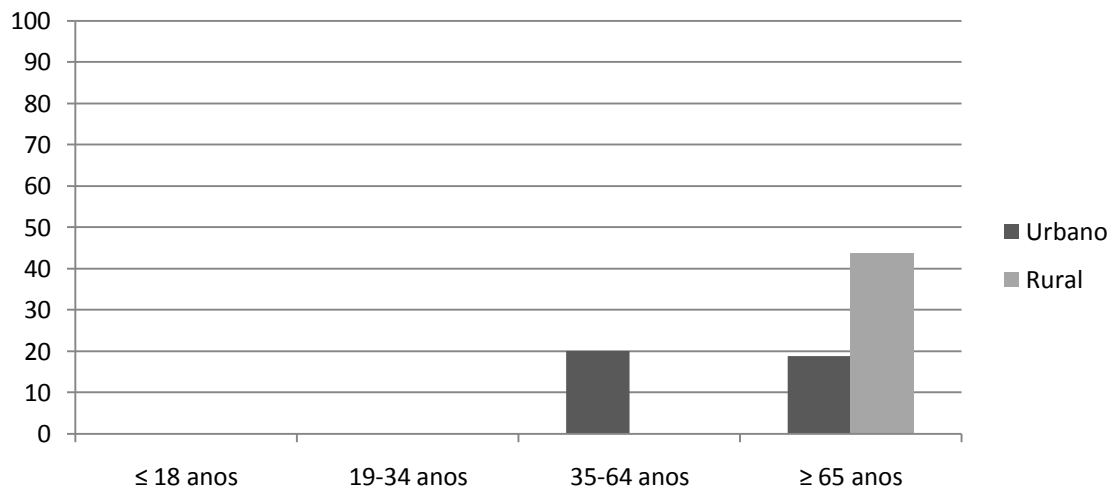
No que diz respeito ao tipo de tratamento, constatou-se que, na amostra global, a medida terapêutica mais recomendada, com uma prevalência de 100% é a “Alteração do estilo de vida”, enquanto a categoria farmacológica mais prescrita é a das Biguanidas (prescrita a 57,7% dos doentes), seguida das Sulfonilureias (prescrita a 46,2% dos doentes). No entanto, quando é realizada uma análise de cada uma das amostras isoladamente, encontram-se algumas diferenças, como se pode observar na *Figura 1*.



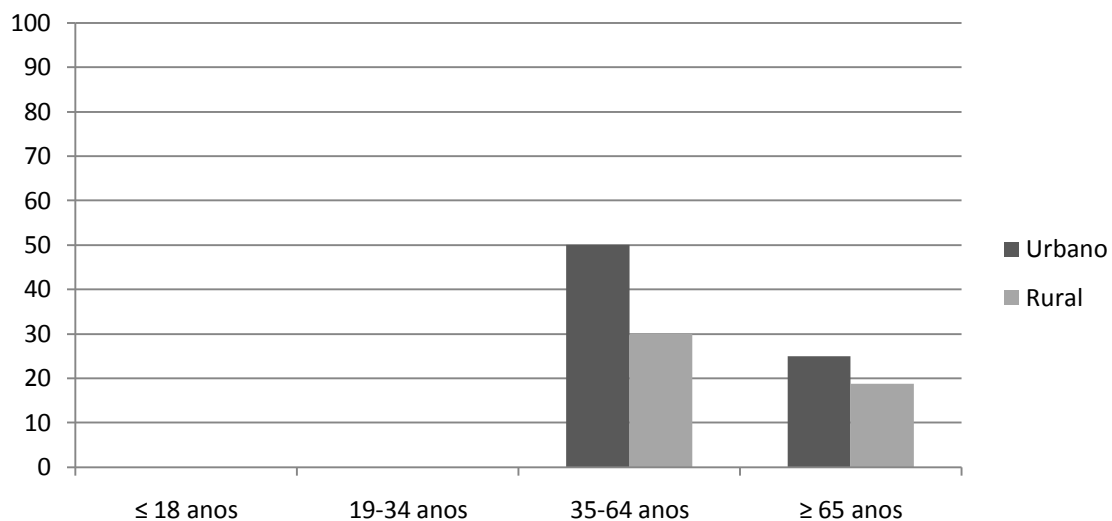
**Figura 1:** Análise comparativa das prescrições nas duas US

A análise das prescrições por género, demonstrou que as principais diferenças se dão ao nível da prescrição das Sulfonilureias, com prescrição em 27% dos homens consultados e em 60% das mulheres., e das Biguanidas, que foram prescritas a 72,7% dos homens e a 46,7% das mulheres.

Relativamente ao grupo etário, na análise da amostra geral, observam-se também diferenças na prescrição de Sulfonilureias (em 20% dos doentes na faixa 35-64 anos e em 62,5% dos doentes  $\geq 65$  anos) e Biguanidas (em 80% dos utentes na faixa dos 35-64 anos e em 43,8% dos utentes  $\geq 65$  anos). Existem também diferenças, quando realizada a análise individual das duas amostras (*Figura 2 e Figura 3*).



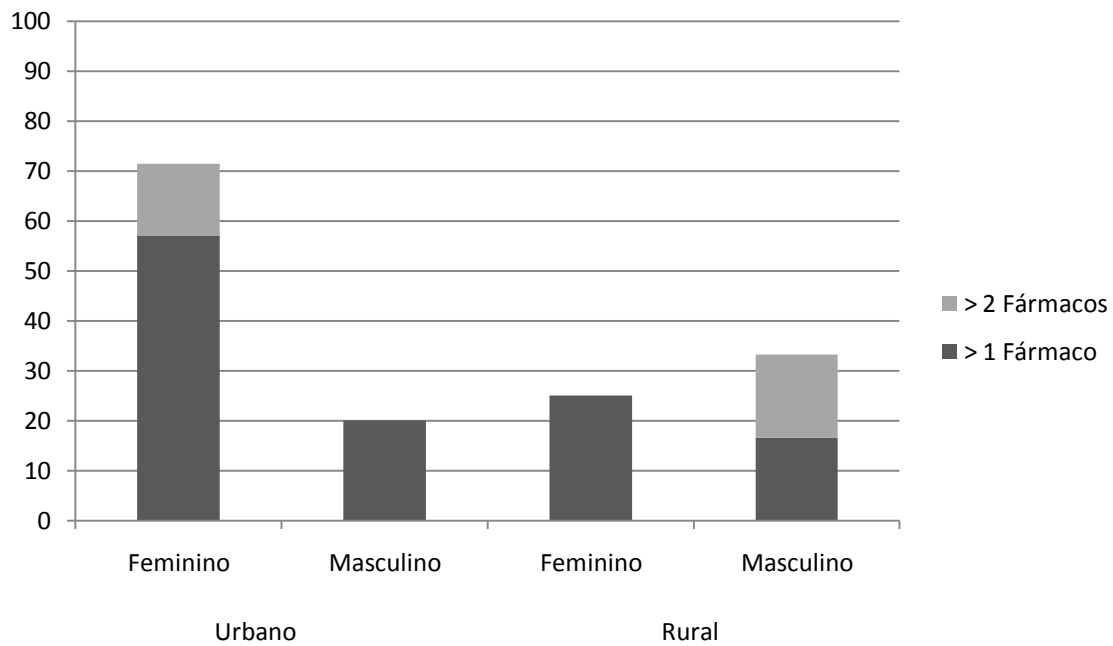
**Figura 2:** Prescrição de Sulfonilureias por faixa etária em ambas as amostras



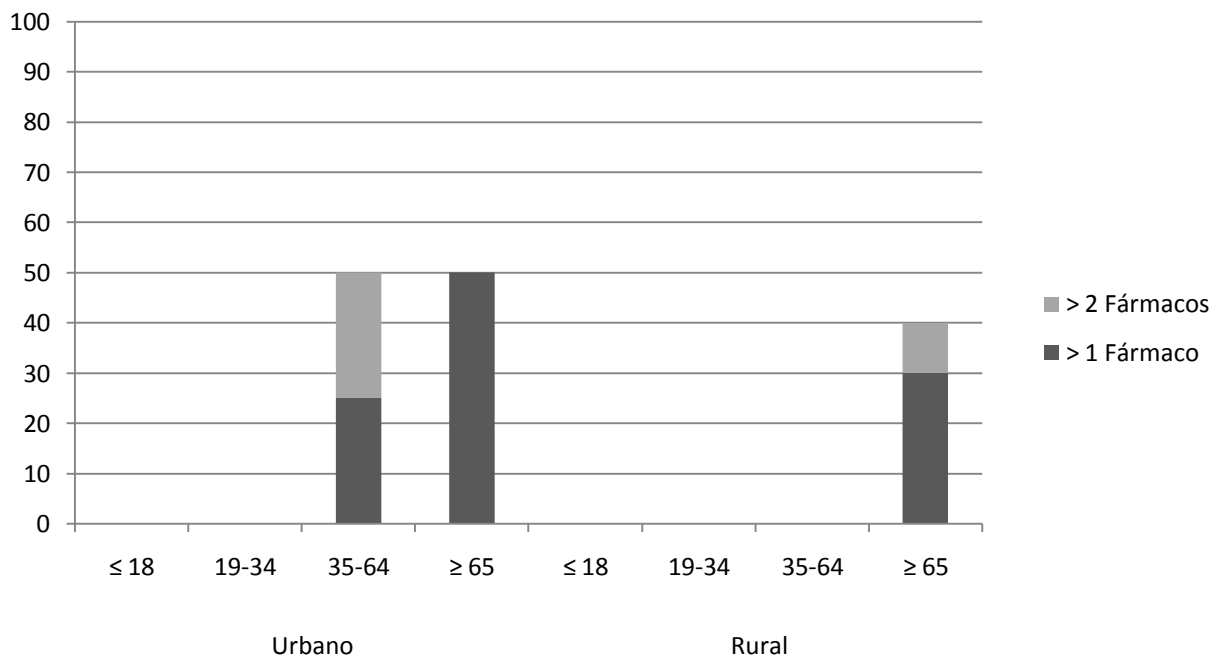
**Figura 3:** Prescrição de Biguanidas por faixa etária, em ambas as amostras

Estudou-se também, nos diabéticos, a prevalência da prescrição de mais do que um fármaco e mais do que dois fármacos, em ambas as amostras, por género e idade (*Figura 4 e Figura 5*). Esta análise mostrou uma predominância no sexo feminino, na US urbana e em  $\geq$

65 anos, no que diz respeito à prescrição de mais do que um fármaco. Quando analisada a prescrição de mais do que dois fármacos, vemos que é mais frequente na faixa dos 35-64 anos.



**Figura 4:** Prescrição de mais do que um ou dois fármacos, por género



**Figura 5:** Prescrição de mais do que um ou dois fármacos, por faixa etária

Foi ainda realizada a análise das principais associações farmacológicas fixas prescritas em ambas as US. No CSSJ, foi prescrita uma associação farmacológica fixa a 25% dos diabéticos, sendo 66% destes, do sexo feminino e 66% da faixa etária  $\geq 65$  anos. Na USFH, as associações farmacológicas foram prescritas a 14,3% dos diabéticos, todos do sexo masculino, e em igual percentagem nas diferentes faixas etárias (35-64 anos e  $\geq 65$  anos). Em ambas as US, a única associação farmacológica utilizada foi “Metformina + Vildagliptina”, e em todos os doentes esta prescrição foi acompanhada de pelo menos mais um fármaco.

#### 4. Discussão

A prevalência de diabéticos tipo II neste estudo foi 100%, não se tendo presenciado consultas de diabéticos tipo I. Apesar de a amostra não ser representativa da população portuguesa, esta proporção está de acordo com as estimativas nacionais, no que diz respeito à baixa frequência de casos de DM tipo I (menos de 10% dos casos de DM) quando comparada com os casos de DM tipo II.<sup>3</sup>

Como seria de esperar, a alta frequência (100%) de aconselhamento de alteração do estilo de vida, está de acordo com as guidelines para o tratamento DM, sendo o primeiro passo no tratamento desta patologia.<sup>4</sup>

A classe de ADO mais prescrita aos doentes deste estudo foi a das Biguanidas, seguida das Sulfonilureias, o que está de acordo com a bibliografia consultada. No entanto, na USFH a classe mais prescrita foi a das Sulfonilureias.

Quando realizada a análise por género e faixa etária, verifica-se uma maior prescrição de Sulfonilureias nas mulheres e na faixa etária dos doentes  $\geq 65$  anos. Pelo contrário, as Biguanidas foram mais prescritas aos homens e aos doentes na faixa etária dos 35-64 anos. É ainda de realçar que, quando feito este estudo nas duas amostras em separado, se verifica que na USFH nunca foram prescritas Sulfonilureias na faixa etária dos 35-64 anos, e que no CSSJ a prevalência das prescrições de Sulfonilureias são idênticas nas duas faixas etárias.

A prevalência da prescrição de mais do que um fármaco mostrou uma predominância no sexo feminino, no CS urbano e em  $\geq 65$  anos.

É ainda de referir a diferença entre o meio rural e urbano, no que diz respeito à variedade de classes prescritas, sendo que na USFH foram prescritas todas as classes farmacológicas excepto Glitazonas e Inibidores da DPP-4, enquanto que no CS urbano não foram prescritas Insulinas, Inibidores da Glucosidase  $\alpha$ , Metaglinidas e Inibidores da DPP-4.

Vários factores podem estar subjacentes às diferenças observadas entre as duas US, nomeadamente o tamanho da amostra. É importante referir que o número de indivíduos que constitui a amostra, diz respeito aos doentes observados ao longo de duas semanas por apenas dois especialistas de MGF. Portanto, esta amostra não representa a totalidade dos diabéticos seguidos pelos dois especialistas, e não pode ser extrapolada para a população portuguesa.

Deveriam ter sido consideradas outras variáveis como o nível de escolaridade, a adesão à terapêutica e a evolução da doença. A prevalência da diabetes e a rapidez de evolução da doença estão associados ao grau de formação dos doentes.<sup>2</sup> Além disso, doentes com doença mais prolongada, nos quais houve falha de esquemas terapêuticos mais simples, vão ser alvo de esquemas multifarmacológicos. A não adesão à terapêutica, que implica

falência do tratamento, também pode explicar a prescrição de mais fármacos. A consideração de maior número de variáveis não seria compatível com o tempo e recursos disponíveis.

Apesar das amostras consideradas terem aproximadamente a mesma dimensão e do questionário ter sido aplicado sempre pelo mesmo entrevistador, o facto de não ter sido validado poderá induzir um viés de medição.

## 5. Conclusão

Este trabalho demonstrou algumas diferenças no padrão de prescrição nos meios rural e urbano. Embora não representativos do panorama nacional, estas diferenças podem indicar uma heterogeneidade na aplicação dos recursos farmacológicos no tratamento da Diabetes. Seria, por isso, útil a realização de estudos mais organizados e numa escala maior, de forma a estabelecer quais os esquemas mais indicados a aplicar aos diferentes casos.

Os médicos de família apresentam-se como uma das principais classes médicas, a que estes doentes recorrem, e são os médicos responsáveis pelo seguimento a longo prazo dos diabéticos, como tal, são os principais responsáveis pela identificação de factores de risco, como forma de prevenção primária desta doença. Além disso, o diagnóstico precoce e bom seguimento destes doentes implica uma evolução mais lenta da doença e previne o aparecimento de complicações, que são as principais responsáveis pela diminuição da qualidade de vida nestes doentes.

O sucesso no seguimento dos diabéticos depende não só do médico, mas também do doente, como tal, é fundamental a implementação de hábitos saudáveis e um aumento da consciencialização dos doentes para a gravidade que esta patologia representa e para o risco que acarreta.

Uma das propostas é planear acções na área da promoção e educação para a saúde, ao nível dos utentes e dos médicos que conduza a esta maior elucidação. O utente deve visitar o médico com alguma regularidade, mas tendo sempre em consideração que o melhor método de controlo pode ser praticado por si, através da medição diária da glicemia e da aquisição de hábitos saudáveis.

## **6. Bibliografia**

- 1 – Ministério da Saúde. Circular Normativa nº 23/DSCS/DPCD de 14/11/2007: Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes. Lisboa: Direcção Geral de Saúde 2007.
- 2 – Gardete-Correia L, Boavida JM, Raposo JF, Mesquita AC, Fona C, Carvalho R, Massano-Cardoso S. First diabetes prevalence study in Portugal: PREVADIAB study. *Diabetic Medicine*. Aug 2010;27(8):879-81.
- 3 – Gardete-Correia L, Boavida JM, Raposo JF, Mesquita AC, Fona C, Carvalho R, Massano-Cardoso S. Diabetes: Factos e Números 2010. Relatório Anual do Observatório Nacional de Diabetes. Portugal. 2011
- 4 – Duarte R, Rodrigues E, Duarte JS, Duarte A, Ruas MM. Recomendações da Sociedade Portuguesa de Diabetologia para o Tratamento da Hiperglicemia e Factores de Risco na Diabetes tipo2. *Revista Portuguesa de Diabetes*. 2007; 2(4) Suppl: 5-18
- 5 - Biscaia AR, Martins JN, Carreira MF, Gonçalves IF, Antunes AR, Ferrinho P. *Cuidados de Saúde Primários em Portugal – Reformar para Novos Sucessos*. 1ª Edição. Lisboa: Abril 2006.