



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2010/2011

Vitor Miguel Dias Ferreira
Relatório de Estágio Profissionalizante em Medicina Comunitária

Maio, 2011

FMUP



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Vitor Miguel Dias Ferreira
Relatório de Estágio Profissionalizante em Medicina Comunitária

Mestrado Integrado em Medicina

Área: Medicina Comunitária

**Trabalho efectuado sob a Orientação de:
Dr. Manuel Viana**

Maio, 2011

FMUP

Unidade Curricular “Dissertação/Monografia/Relatório de Estágio Profissionalizante”

Eu, Vitor Miguel Dias Ferreira, abaixo assinado, nº mecanográfico 050801107, 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, 30/05/2011

Assinatura: _____

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: Vitor Miguel Dias Ferreira

Endereço electrónico: med05107@med.up.pt **Telefone ou Telemóvel:** 934778240

Número do Bilhete de Identidade: 13232979

Título do Relatório de Estágio Profissionalizante: Relatório de Estágio Profissionalizante em Medicina Comunitária

Orientador:

Dr. Manuel Viana

Ano de conclusão: 2011

Designação da área do projecto:

Medicina Comunitária

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

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 30/05/2011

Assinatura: _____

Agradecimentos

Quero agradecer pelo apoio prestado:

- Ao Dr. Manuel Viana, o meu orientador neste relatório.

- À Equipa de Enfermagem e Administrativos do Centro de Saúde São João.

- Ao Dr. Faro, Equipa de Enfermagem, Auxiliares e Administrativos da Unidade de Saúde de Arcos de Valdevez.

Resumo

Este relatório foi realizado no âmbito da unidade curricular Projecto de Opção do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto no ano lectivo 2010/2011 com o intuito de descrever as actividades realizadas, os conhecimentos adquiridos e as experiências vivenciadas durante a disciplina de Medicina Comunitária. Tem como objectivos específicos reflectir sobre a importância dos cuidados de saúde primários, caracterizar as Unidades de Saúde onde o estágio decorreu, descrever as comunidades abrangidas e apresentar as actividades realizadas. A disciplina é composta por uma valência urbana e outra rural com duração de duas semanas cada, realizadas no Centro de Saúde de S. João (CSSJ) no Porto e na Unidade de Cuidados Personalizados – Arcos de Valdevez (UCPAV) respectivamente. O estágio incluiu a participação em seminários, consultas médicas, participação em cuidados de enfermagem e cuidados domiciliários. Foram realizados outros trabalhos complementares ao longo do estágio incluindo o registo de um dia de consultas no CSSJ e na UCPAV, a elaboração de um algoritmo de decisão sobre a abordagem diagnóstica a adenomegalias, uma reflexão sobre o papel do Médico de Família na cessação tabágica, a elaboração de um panfleto educativo sobre Diabetes Mellitus e a realização de uma história clínica. Realizei também um trabalho de investigação estatística durante o estágio com o objectivo de calcular a frequência de obesidade e excesso de peso nos utentes das Unidades de Saúde urbana e rural e compara-las criticamente, assim como avaliar a prática de exercício físico nesta população.

Abstract

This report was conducted during the 6th year of Master in Medicine of the Faculty of Medicine of University of Porto in the 2010/2011 academic year in order to describe the activities performed, the knowledge gained and the experiences completed during the discipline of Community Medicine. Its specific objectives are: deliberate on the significance of primary health care, characterization of the health units, description of the communities involved and the report of activities performed. The course consists of two parts lasting two weeks each, urban and rural, carried out at the S. João Health Center (CSSJ) in Oporto and Unidade de Cuidados Personalizados (USCP) in Arcos de Valdevez respectively. The training included attending seminars, medical appointments, nursing activities and domicile care. Other additional projects developed during the internship include: record one-day medical appointment on CSSJ and on USCP, the elaboration of a decision algorithm about the diagnostic approach to lymphadenopathy, a reflection on the role of general physician in smoking cessation, an educational brochure on Diabetes Mellitus and conducting a clinical history. I also conducted a statistical research work during the internship in order to calculate the frequency of obesity and overweight in users of both health units, urban and rural, and compare them critically and also evaluate the physical activity habits of this population.

Índice

Lista de abreviaturas utilizadas	1
Lista de tabelas e figuras	2
Introdução e Enquadramento	3
Motivação do trabalho	3
Objectivos.....	4
Residência em Medicina Comunitária	4
Local e Duração do Estágio.....	4
Caracterização das Unidades de Saúde	4
Recursos Humanos.....	5
Recursos Informáticos.....	5
Serviços Disponibilizados	7
Comunidade Abrangida.....	7
Descrição das Actividades Realizadas	10
Consulta Médica.....	10
Enfermagem.....	10
Actividades no Exterior.....	10
Visita à Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental...11	
Cuidados Domiciliários.....	11
Seminários.....	11
Trabalhos Complementares Realizados	12
Projecto de Investigação	12
Conclusão	13

Bibliografia	14
---------------------------	----

Apêndices

Registo diário de consulta – Unidade Cuidados Personalizados Arcos de Valdevez.....	15
Registo diário de consulta – Centro de Saúde São João.....	18
Projecto de Investigação.....	20
Fluxograma – Abordagem diagnóstica inicial de adenomegalia.....	29
História Clínica.....	30
Reflexão – Papel do Médico de Família na cessação tabágica.....	43
Panfleto – “Diabetes Mellitus”.....	46

Lista de abreviaturas utilizadas

APPACDM - Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental

ARSNorte – Administração Regional de Saúde do Norte

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CSSJ - Centro de Saúde São João

FMUP – Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

MAPA - Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial

MGF – Medicina Geral e Familiar

UCPAV – Unidade de Cuidados Personalizados Arcos de Valdevez

US – Unidade de Saúde

USAV – Unidade de Saúde Arcos de Vadevez

Lista de tabelas e figuras

Tabela 1 - Caracterização dos Recursos Humanos e Informáticos do Centro de Saúde São João e Unidade de Saúde Arcos de Valdevez.

Figura 1 – Pirâmide etária dos utentes do USAV.

Figura 2 – Pirâmide etária dos utentes do CSSJ.

Introdução e enquadramento

Este relatório foi realizado no âmbito da unidade curricular Projecto de Opção do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP), no ano lectivo 2010/2011. Tem como objectivo descrever resumidamente as actividades realizadas, os conhecimentos adquiridos e as experiências vivenciadas durante a disciplina de Medicina Comunitária, a qual inclui uma valência urbana e uma valência rural, realizadas no Centro de Saúde de S. João (CSSJ) e na Unidade de Cuidados Personalizados de Arcos de Valdevez (UCPAV), respectivamente.

Como trabalho complementar estudei e comparei a frequência de obesidade e a prática regular de exercício físico nestas duas populações. Apresento também em anexo os trabalhos complementares realizados na disciplina de Medicina Comunitária.

Motivação do trabalho

Os Cuidados de Saúde Primários e a Medicina Geral e Familiar constituem “o primeiro nível de contacto dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde”¹. Caracteriza-se por uma abordagem centrada na pessoa na sua globalidade, abrangendo a saúde em todas as suas dimensões física, psicológica, social, cultural e existencial². Distingue-se pelo estabelecimento de uma relação de confiança ao longo do tempo e pela prestação de cuidados longitudinalmente consoante as necessidades do paciente ao longo das várias fases da vida^{2,3,4}. Tem também como responsabilidade a gestão eficiente dos recursos disponíveis coordenando a prestação de cuidados, trabalhando com outros profissionais e gerindo a cooperação com outras especialidades^{2,3,4}.

O curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto está orientado quase exclusivamente para uma prática médica em meio hospitalar, descurando lamentavelmente os cuidados primários. Com a excepção do projecto opcional de Medicina Preventiva no 2º ano e uma semana da disciplina de Pediatria 6º ano, apenas a disciplina de Medicina Comunitária permite que os alunos contactem com a Medicina Geral e Familiar, uma realidade diferente daquilo que estão habituados. Com os desafios económicos que o Sistema Nacional de Saúde enfrenta actualmente é fundamental um maior investimento na educação e formação em cuidados de saúde primários, pelo seu papel na educação para a saúde, prevenção de doença e gestão de recursos. Por tudo isto escolhi

a residência em Medicina Comunitária como tema para o Projecto de Opção de forma a aprofundar os meus conhecimentos nesta área.

Objectivos

Este relatório tem como objectivos gerais:

- Caracterizar as Unidades de Saúde em que permaneci, descrevendo os diversos aspectos do seu funcionamento, as suas instalações, recursos humanos e população abrangida;
- Descrever as actividades clínicas realizadas e as experiências vivenciadas durante o estágio;
- Descrever aptidões clínicas desenvolvidas e conhecimentos adquiridos;
- Reflectir sobre a importância dos cuidados de saúde primários (CSP) e o seu papel na sociedade;
- Reflectir sobre a importância dada à Medicina Geral e Familiar no ensino pré-graduado de Medicina.
- Realizar uma análise comparativa da frequência da obesidade e prática de exercício físico entre a população urbana e a população rural.

Residência em Medicina Comunitária

Local e duração do estágio

A disciplina de Medicina Comunitária tem a duração de 4 semanas, estando dividida em dois módulos de duas semanas: rural e urbano. A valência rural foi realizada de 20 a 31 de Dezembro de 2010 no Unidade de Cuidados Personalizados/Unidade de Saúde Arcos de Valdevez, no concelho de Arcos de Valdevez. A valência urbana decorreu de 09 a 20 de Maio de 2011 no Centro de Saúde S. João (CSSJ), no Porto.

Caracterização das Unidades de Saúde

O CSSJ surgiu a partir de um acordo de cooperação entre a ARSNorte e Faculdade de Medicina da Universidade do Porto homologado em 1998 e entrou em funcionamento em 1999. Foi

criado com os objectivos principais de se tornar um espaço que se dedicado à inovação em administração e prestação de CSP com ensaio de novos métodos e novas práticas de gestão (“Tubo de ensaio”), garantindo a prestação de serviços a uma população de até 25.000 utentes, sem base geográfica definida e também a estudantes e funcionários da Universidade do Porto. O CSSJ participa na formação pré-graduada (colaborando com as disciplinas de Medicina Preventiva, Medicina Comunitária e Psicologia da FMUP) e pós-graduada de profissionais de CSP⁴. Os Hospitais de referência são o Centro Hospitalar do Porto (constituído pelo Hospital de Santo António, Maternidade Júlio Dinis e Hospital Central Especializado de Crianças Maria Pia), Hospital Magalhães Lemos, Hospital da Prelada, Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE e Hospital Joaquim Urbano.

A Unidade de Cuidados Personalizados é parte integrante do Unidade de Saúde Arcos de Valdevez (USAV) que por sua vez integra a Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE. As outras extensões de saúde associadas ao USAV são a Unidade de Saúde Familiar Vale do Vez, a Unidade de Saúde Familiar Uarcos, a Extensão de Saúde Loureda, a Extensão de Saúde Soajo e a Unidade de Convalescença. A área de influência é constituída por todas as freguesias do concelho de Arcos de Valdevez do distrito de Viana do Castelo. A USAV articula-se com o Centro Hospitalar do Alto Minho, EPE o qual integra os Hospitais de Santa Luzia de Viana do Castelo e Conde de Bertiandos de Ponte de Lima⁶.

Recursos Humanos

Os recursos humanos de cada unidade estão descritos na Tabela 1. Destaca-se a organização da USAV segundo um modelo funcional de Unidades de Saúde Familiar estando desta forma organizada em equipas multidisciplinares de pequena dimensão constituídas por médicos, enfermeiros e administrativos.

Recursos Informáticos

Os recursos informáticos usados em ambas as unidades são semelhantes incluindo: SAM (Sistema de Apoio ao Médico) para registos clínicos, prescrição de fármacos e pedido de exames complementares de diagnóstico, Alert para referência para cuidados de saúde secundários, SAPE (Sistema de Apoio a Prática de Enfermagem), SIMA para registo do rastreio do cancro do colo do útero e SINUS (Sistema de Informatização das Unidades de Saúde). Todos os processos clínicos são em formato digital. O CSSJ encontra-se em processo de transição do sistema HIGIA para o

SAM, o que provoca que muita informação do historial do doente esteja ainda no registo antigo (Tabela 1). O sistema HIGIA é utilizado também para o seguimento dos utentes hipertensos.

CSSJ		USAV
Recursos Humanos	9 Médicos especialistas em MGF 16 Enfermeiros 6 Administrativos 2 Auxiliares de Apoio e Vigilância 2 Psicólogos 1 Podologista	Unidade de convalescença: - 1 Fisioterapeuta - 12 Enfermeiros - 1 Assistente social USF UArcos: - 7 Médicos - 8 Enfermeiros - 6 Administrativos USVale do Vez: - 5 Médicos - 5 Enfermeiros - 4 Administrativos USCP: - 6 Médicos - 1 Delegado de saúde - 6 Enfermeiros - 11 Administrativos - 2 Técnicas de saúde ambiental - 1 Técnico de radiologia - 1 Assistente social - 1 Nutricionista - 14 Auxiliares
Recursos Informáticos	SAM HIGIA Alert SINUS DiabCare SAPE	SINUS Alert SIMA SAPE SAM

Tabela 1 - Caracterização dos Recursos Humanos e Informáticos do Centro de Saúde São João e Unidade de Saúde Arcos de Valdevez. SINUS: Sistema de Informatização nas Unidades de Saúde; SAPE: Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem; SAM: Sistema de Apoio ao Médico

Serviços Disponibilizados

O horário de funcionamento em ambas as unidades é de 2^a a 6^a Feira, das 08:00 às 20:00.

As consultas disponibilizadas pelo CSSJ consistem em saúde de adultos, saúde infantil/juvenil, saúde materna, planeamento familiar, cuidados ao domicílio, idoso e prescrição (por contacto indirecto com médico).

As consultas realizadas no UCPAV podem incluir-se em Programadas, Saúde Infantil, Planeamento Familiar, Saúde Materna, Serviço de Atendimento Complementar (Consultas não programadas), Hipertensão, Diabetes, Nutrição, Retinopatia Diabética e Consulta ao Domicílio.

Na USAV existe também uma Unidade de Convalescença criada para internamentos a curto prazo e prestação de Cuidados Continuados com uma equipa constituída por 1 fisioterapeuta, 12 enfermeiros e 1 assistente social. A USAG apoia as restantes unidades em serviços administrativos e de gestão incluindo o atendimento, secretariado, farmácia, contabilidade, radiologia, refeitório, lavandaria e esterilização de material.

Ambas as unidades participam em actividades formativas de formação pré-graduada, acolhendo estudantes da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto na unidade curricular Medicina Comunitária do 6^o ano, e também de formação pós-graduada nomeadamente Internato Complementar de Medicina Geral e Familiar.

Comunidade Abrangida

A distribuição etária dos 26301 utentes do USAV de acordo com a idade e sexo, segundo o programa SINUS, encontra-se representada na Figura 1. O ratio utente/médico actual é 1461 utentes por médico. O número de utentes do sexo feminino é ligeiramente superior aos do sexo masculino (♂ 12087 - 46%; ♀ 14214 - 54%). Pela observação da pirâmide etária é evidente o envelhecimento da população, com uma base estreita e um topo largo e cujo índice de envelhecimento é 253, ou seja 253 idosos por cada 100 jovens. A classe etária predominante em ambos os sexos é a com mais de 75 anos.

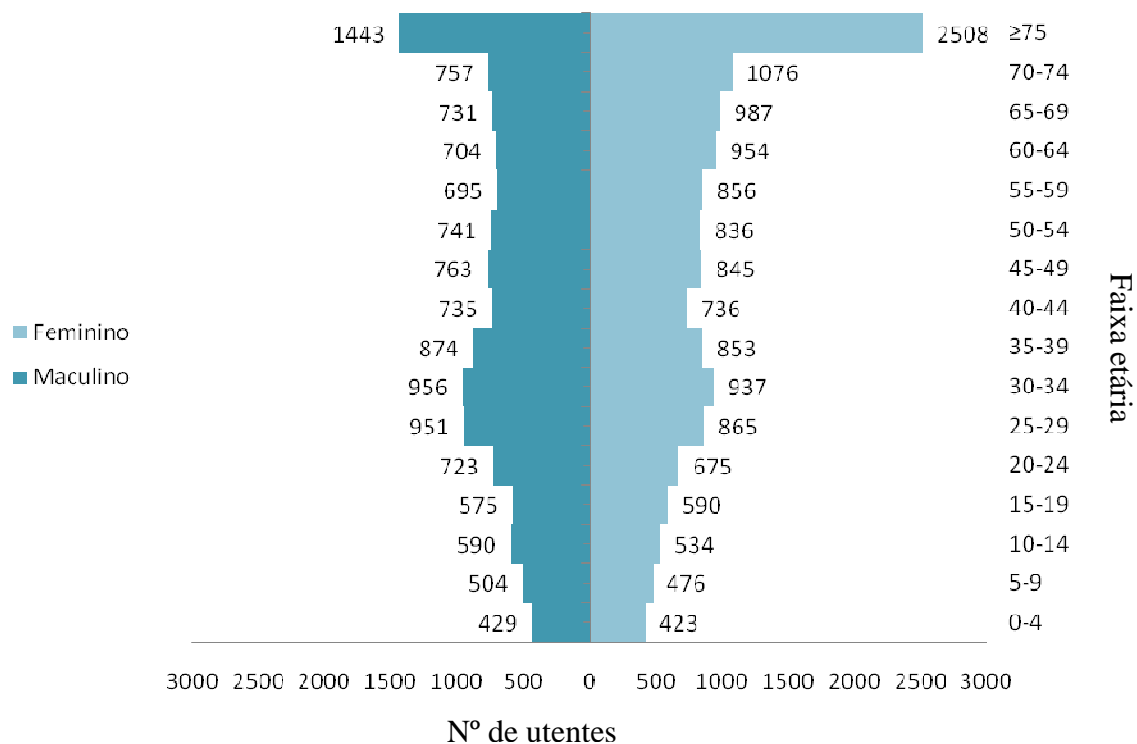


Figura 1 – Pirâmide etária dos utentes do USAV.

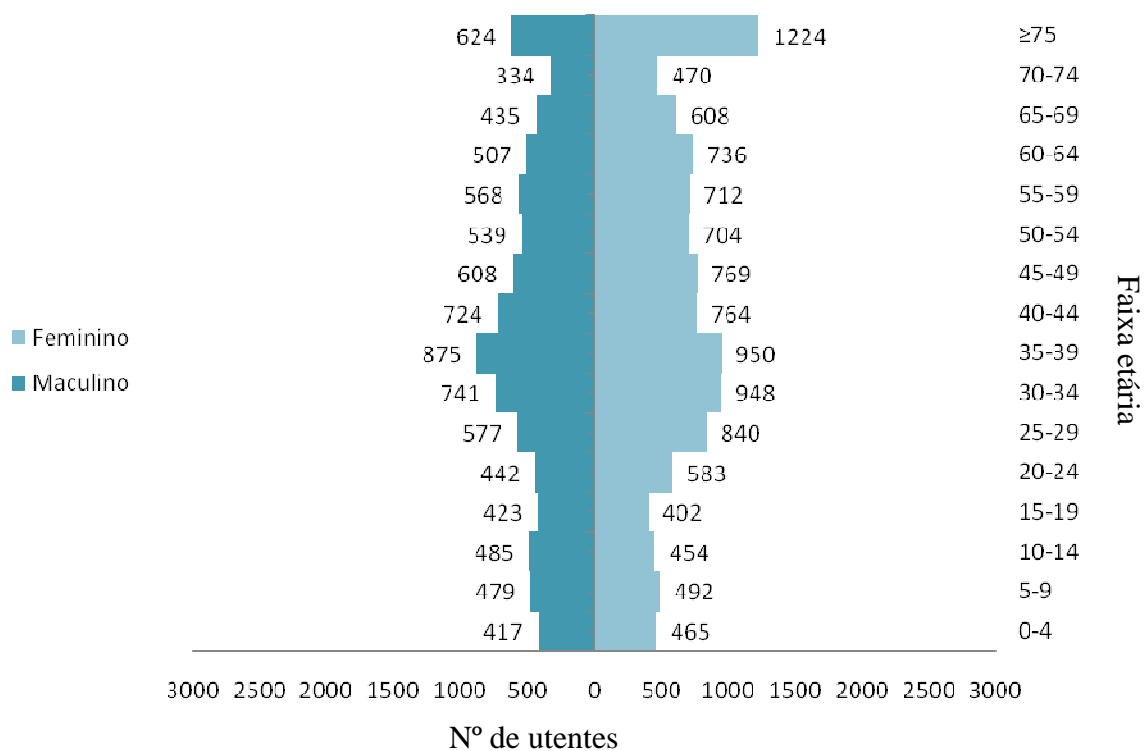


Figura 2 – Pirâmide etária dos utentes do CSSJ.

Em relação ao CSSJ, a distribuição etária dos 19899 utentes encontra-se representada na Figura 2. Salienta-se que 1985 utentes estão sem médico de família atribuído desde 17 Janeiro 2011, o que causa a sobrelotação da consulta aberta. O ratio utente/médico é actualmente 2211

utentes por médico, ou seja, significativamente mais elevado do que no meio rural. O número de utentes do sexo feminino é também superior aos do sexo masculino (♂ 12087 - 44%; ♀ 14214 - 56%). O índice de envelhecimento da população é 132 idosos por cada 100 jovens. A classe etária predominante nos utentes do sexo feminino é a com mais de 75 anos, e no sexo masculino predomina a classe etária de 30-34 anos. É uma população ligeiramente menos envelhecida do que a de Arcos de Valdevez.

Descrição das Actividades Realizadas

Consulta Médica

Durante o estágio tive a oportunidade de assistir diariamente a consultas médicas orientadas pelo Dr. Viana no módulo urbano e pelo Dr. Faro no módulo rural. Estas consultas permitiram-me o contacto próximo com o dia-a-dia de um especialista de MGF e foi uma experiência de aprendizagem de valor inestimável. Desta forma pude rever conhecimentos teóricos com a discussão dos casos, sobre prevenção, rastreio, diagnóstico, tratamento e promoção da saúde. Pude também contactar com os aspectos burocráticos e administrativos associados à prática clínica assim como a familiarização com os recursos informáticos disponíveis.

Em cada uma das consultas foi aplicado um questionário relacionado com a obesidade, prática regular de exercício físico e medição da altura e peso dos pacientes para posterior estudo das características desta população.

Enfermagem

Durante o estágio pude acompanhar os procedimentos de enfermagem. Estes incluíram a administração de fármacos e vacinas, a avaliação da tensão arterial e glicemia capilar, a medição e pesagem de crianças, a colocação de MAPA (monitorização ambulatorial da pressão arterial) e realização de electrocardiograma entre outros procedimentos. Esta experiência destacou a importância da capacidade de trabalhar integrado uma equipa multidisciplinar.

Actividades no Exterior

Visita à Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental (APPACDM)

No dia 19 de Maio de 2011 visitei a APPACDM do Porto. A APPACDM é uma associação que tem como objectivo a promoção da integração do cidadão com deficiência mental na sociedade. Tive a oportunidade de visitar as diversas unidades dentro da instituição. A unidade de intervenção

precoce é dirigida a crianças dos 0 aos 6 anos com atraso de desenvolvimento ou em situação de risco assim como às suas famílias. A unidade sócio-educativa apoia crianças e jovens com deficiência mental em regime de semi-internado potenciando as capacidades de cada aluno nas áreas de autonomia pessoal e social, actividades manuais, lúdicas, terapêuticas, educação física e de escolaridade. A unidade de tempos livres dá apoio a crianças com necessidades educativas especiais ou em risco e presta apoio psicossocial às famílias. Existe também unidades de apoio a pessoas com mais de 16 anos quer na vertente ocupacional e de bem-estar (assegurando os cuidados básicos de saúde, higiene e conforto, participação em actividades de vida diária) e na vertente produtiva (dirigida a jovens e adultos com atraso mental moderado, através do desenvolvimento de actividades produtivas ou criativas). A associação permite também a residência temporária (Pousada dos Rouxinóis) ou permanente.

Durante a visita pude aperceber-me das dificuldades que associação se depara em termos económicos e de recursos mas também me impressionou o trabalho, a dedicação e a entrega dos seus colaboradores.

Cuidados Domiciliários

Durante a estadia na USAV foi-me dada a possibilidade de acompanhar a equipa de enfermagem de cuidados domiciliários ao longo de um dia. Desta forma pude contactar com utentes que por diversos motivos não se podiam deslocar à US. Assim pude observar e participar na realização de cuidados de enfermagem incluindo a realização de pensos, controlo de glicemia e hipertensão arterial e controlo de INR em pacientes sob anti-coagulação oral. Foi uma experiência muito positiva porque pude observar de perto as dificuldades e limitações de pessoas de diferentes estratos socioeconómicos.

Seminários

No início de cada quinzena da disciplina houve um seminário leccionado pelo corpo docente de Medicina Comunitária que serviu de introdução à especialidade de Medicina Geral e Familiar e abordou também a organização geral dos CSP em Portugal. Foi também explicada a organização da disciplina e seus objectivos.

Trabalhos Complementares Realizados

De acordo com os objectivos propostos da disciplina de Medicina Comunitária foram realizados vários trabalhos ao longo do estágio. Estes incluíram o registo de um dia de consulta no CSSJ e no UCPAV, a elaboração de um algoritmo de decisão sobre a abordagem diagnóstica de adenomegalias, a elaboração de um panfleto educativo sobre Diabetes Mellitus, uma reflexão sobre o papel do Médico de Família na cessação tabágica e a realização de uma história clínica.

Projecto de Investigação

Realizei um trabalho de investigação durante o estágio com o objectivo de calcular a frequência de obesidade nos utentes das Unidades de Saúde urbana e rural e compara-las criticamente, assim como avaliar a prática de exercício físico nestas populações

Conclusão

O estágio em Medicina Comunitária foi uma experiência bastante enriquecedora quer a nível profissional na minha formação como médico quer a nível pessoal. É uma das únicas oportunidades de contacto com a Medicina Geral e Familiar durante o curso. Tornou-se para mim evidente que esta não se foca apenas na doença mas sim na pessoa, através de uma relação médico-doente ímpar com uma abordagem holística em que o conhecimento da pessoa, do contexto familiar e social em que se insere, ao longo das diversas fases da sua vida, desde a gravidez e infância até ao envelhecimento, se reveste de uma importância capital. Assim foi-me possível contactar com a rotina da Medicina Geral e Familiar, dos seus instrumentos clínicos e também suas dificuldades. Pude observar uma grande variedade de patologias o que me permitiu consolidar conhecimentos e praticar competências e gestos técnicos essenciais na prática clínica. No entanto penso que quatro semanas seja um período demasiado curto tendo em conta a vasta abrangência e a importância desta especialidade médica.

Através da comparação entre a valência rural e a valência urbana pude constatar que as diferenças entre estas duas experiências, outrora realidades diferentes, se estão adelgaçando, fruto do investimento realizado e da alteração do modelo de gestão das Unidades de Saúde, o que contribui para a melhoria da prestação de cuidados de saúde em Portugal.

Por tudo isto, considero que a Medicina Comunitária foi um dos estágios mais importantes neste 6º ano profissionalizante e que os objectivos propostos foram cumpridos.

Bibliografia

- 1 - World Health Organization. Declaration of Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978
- 2 - Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyman J, Svab I, Ram P, Evans P. et al. A Definição Europeia de Medicina Geral e Familiar – WONCA Europa 2002
- 3 - World Health Organization. The World Health Report 2008: Primary Health Care – Now More Than Ever. 1st ed. Switzerland; WHO Press; 2008. p, 11-2
- 4 - McWhinney, IR, Freeman, T, A Textbook of Family Medicine, Third Edition, New York: Oxford University Press, 2009, p 13-28
- 5 - Hespanhol A, Malheiro A, Pinto AS. O Projecto “Tubo de Ensaio”. Breve história do Centro de Saúde São João. Rev Port Clin Geral 2002; 18: 177-86
- 6 - Unidade Local de Saúde do Alto Minho EPE. Plano Estratégico 2008-2010.

Registo diário de consulta - 20/10/10 – Unidade Cuidados Personalizados Arcos de Valdevez

Identificação	Motivo da Consulta	Outros problemas	Orientação	Retorno
MC, sexo feminino, 78 anos	Consulta aberta. Dor no hemitoráx direito e ombro direito à mobilização. Sem tosse ou sinais de dificuldade respiratória. Sem febre. Provável dor músculo esquelética.			Prescrição de anti-inflamatório não esteróide e relaxante muscular.
JL, sexo masculino, 68 anos	Consulta aberta. História de perturbação súbita do estado de consciência, desorientação e amnésia transitória. Provável acidente isquémico transitório.	Fibrilhação auricular crónica. Pace-maker cardíaco. Medicação habitual: dronedarona 400mg, bisoprolol, alprazolam e varfarina (último INR – 1,7)		Pedido de TAC cerebral e ecodoppler às carótidas
AB, sexo masculino, 66 anos	Consulta aberta. Gonalgia direita desde há 3 dias de ritmo inflamatório. Edema acentuado. Sinal choque da rótula positivo. Antecedentes de hiperuricemia e crises gotosas. Suspendeu recentemente alopurinol. Diagnóstico de crise gotosa.			Prescrição de colquicina, diclofenac e etofenamato tópico.
RG, sexo feminino, 68 anos	Consulta aberta. Prurido predominantemente nocturno em todo o corpo mas mais acentuado no peito, abdómen e membros superiores. Lesões de coçeira. Diagnóstico de escabiose.			Prescrição cotramiton e explicação sobre tratamento da roupa. Pedido de análises de rotina e estudo pre-operatório para cirurgia de correção de carata ocular.

JCL, sexo masculino, 53 anos	Consulta agendada. Avaliação de análises bioquímicas. Dislipidemia marcada. Triglicerídeos: 1815 mg/dL Colesterol total: 415 mg/dL Colesterol HDL: 37 mg/dL TGO: 70 mg/dL TGP: 73 mg/dL GGT: 712 mg/dL Tensão arterial: 134/89mmHg	História de alcoolismo crónico	Prescrição de sinvastatina, fenofibrato, ácido fólico e pedidos de novas análises (perfil lipídico) e função hepática	
AAP, sexo feminino, 55 anos	Consulta agendada. Avaliação de radiografia pulmonar, ECG e ecocardiograma. Sem nenhum achado particular. Dislipidemia.		Prescrição de pravastatina.	
AG, sexo feminino, 12 anos	Consulta agendada. Luxação da articulação tibiotársica há uma semana atrás. Radiografia normal. Sem dor à palpação. Dor ligeira com a marcha		Repouso e prescrição de anti-inflamatório em SOS	
RF, sexo feminino, 9 anos	Consulta aberta. Tosse seca desde há um dia. Rinorreia. Sem dor ou febre. Sem outras queixas.		Prescrição de anti-inflamatório e antipirético em SOS.	
AG, sexo masculino, 47 anos	Consulta aberta. Lesão com vesículas na glândula. Nega comportamentos de risco.	História familiar de pólipos no cólon.	Prescrição de corticoesteróide tópico	
FR, sexo masculino, 14	Consulta agendada. Traumatismo em Espanha com fractura do úmero esquerdo com desvio já imobilizado. Sem queixas algicas		Pedido de consulta de Ortopedia	Ortopedia – Hospital Universitario de León (Espanha)
AGA, sexo masculino, 78 anos	Consulta agendada. Traumatismo com fractura da 8ª costela direita. Mantém queixas algicas de localização torácica. Ligeiras crepitações pulmonares direitas.		Medicado com maleato de flupirtina	
VSP, sexo feminino, 74 anos	Consulta agendada. Mantém queixas de dificuldade respiratória e toracalgia. Auscultação cardíaca e pulmonar sem alterações <i>major</i> . Pressão arterial: 118/70mmHg. Frequência cardíaca: 116bmp Radiografia pulmonar: condensação pulmonar direita.	Diabetes Mellitus.	Prescrição de cefaclor.	Pós internamento em Medicina por pneumonia

BN, sexo feminino, 7 anos	Consulta aberta. Odinofagia, febre (38,6°C), tosse não produtiva. Amígdalas ruborizadas com edema. Sem exsudado. Diagnóstico de amigdalite bacteriana.	Prescrição de amoxicilina+ ácido clavulânico e ibuprofeno
HMRSE, sexo masculino, 54 anos	Consulta aberta. Traz ECG (variante de repolarização precoce), ecocardiograma (insuficiência mitral e aórtica discreta). Sem outras alterações. Queixas de palpitações.	Pedido de prova de esforço.
AP, sexo masculino, 69 anos	Consulta agendada. Queixas de toracalgia e palpitações. Pressão arterial: 172/100mmHg Frequência cardíaca: 73bpm Auscultação cardíaca: sem alterações Radiografia pulmonar: ligeira condensação dos campos pulmonares inferiores, com predomínio esquerdo. Alterações degenerativas da coluna torácica.	Pedido de ECG e ecocardiograma Prescrição de claritromicina

Registo de Consulta - 20/05/2011 – Centro de Saúde São João

Identificação	Motivo da Consulta	Outros problemas	Orientação	Retorno
IHFP, sexo feminino, 76 anos	Consulta agendada. Queixas de bexiga hiperactiva com incontinência urinária.	HTA, dislipidemia	Prescrição de Cloreto de Trospium (anti-espasmódico)	
MCG, sexo feminino, 76 anos	Consulta agendada. Traz resultado de densitometria óssea sugestiva de osteoporose.	HTA	Renovação da medicação habitual. Prescrição de alendronato.	
SP, sexo feminino, 22 anos	Consulta agendada. Sem queixas. Esclarecimento de dúvidas acerca de anticoncepcionais orais e vacinação HPV		Pedido de análises de rotina.	
MIV, sexo masculino, 65 anos	Consulta agendada. Sem queixas	HTA	Prescrição da medicação habitual e pedido de análises de rotina	
SC, sexo feminino, 38 anos	Consulta aberta. Procedimento administrativo.	Depressão, história de tóxico-dependência.	Renovação da baixa médica.	
MJRS, sexo masculino, 86 anos.	Consulta aberta. Traz resultado de urocultura na sequência de queixas de disúria e urgência urinária.	Hipertrofia benigna prostática, HTA.	Prescrição de nitrofurantoína.	
TFT, sexo feminino, 4 anos.	Consulta aberta. Febre alta com 4 dias de evolução. Cefaleias e dor abdominal. Prostração. Sem tosse. Sem rash cutâneo, sem alterações da orofaringe. Auscultação normal. Sem outros achados.			Orientada para SU de Pediatria.

MA, sexo masculino, 22 anos.	Consulta aberta. Traz resultado de análises pedidas após relação sexual de risco desprotegida. Sorologia negativa para HIV, HCV, sífilis. Queixas de disúria. Sem alterações do exame físico.		Prescrição de Azitromicina.	
MEG, sexo masculino, 82 anos.	Consulta agendada. Sem queixas.	HTA, dislipidemia	Prescrição de medicação habitual.	
MB, sexo feminino, 71 anos	Consulta agendada. Queixa de disúria e hematúria. Emagrecida e palidez. Pedido de Combur (nitritos+, glicose++). Diagnóstico de infecção urinária.	Colecistectomia há 1 mês complicada.	Pedido de cultura urinária e prescrição de nitrofurantoina	Cirurgia

Projecto de Investigação

Introdução

Já há mais de meio século que a obesidade foi introduzida na classificação internacional de doenças. No século XXI tornou-se uma epidemia, talvez da maior epidemia deste século. No entanto, mesmo agora não é plenamente reconhecida como uma doença, até por alguns membros da profissão médica. A OMS descreve a obesidade como um dos mais flagrantemente visíveis, mas ainda mais negligenciados problemas de saúde pública ¹. As ligações entre o excesso de peso e a obesidade e uma série de outras comorbilidades graves como Diabetes Mellitus, doença cardiovascular e cancro são agora melhor compreendidas. No entanto, tem sido difícil mobilizar esforços para resolver e prevenir este problema a nível mundial de forma eficaz.

Segundo a OMS define-se excesso de peso quando o índice de massa corporal (IMC) é igual ou superior a 25,0 kg/m², e obesidade quando o IMC é 30,0 kg/m² ou mais. O risco de diabetes, hipertensão, dislipidemia aumenta a partir de um IMC de aproximadamente 21,0 kg/m² reduzindo a esperança média de vida e aumentando consideravelmente o impacto económico da saúde. O excesso de peso é agora o sexto factor de risco mais importante na contribuição para a carga global da doença no mundo ¹.

De acordo com os dados da *International Obesity Task Force* (IOTF) obtidos em 2003-2005 em Portugal dos indivíduos do sexo masculino com idades compreendidas entre 18-64 anos 45.2% tinham excesso de peso e 15% eram obesos. No sexo feminino, em relação à mesma faixa etária, 34.4% tinham excesso de peso e 13.4% eram obesos ².

A maioria das pessoas só se apercebe do desenvolvimento de doença após o aparecimento de sintomas subjacentes a lesão dos órgãos alvo, o que ajuda a explicar a falta de motivação para a mudança de estilo de vida de muitos obesos. A motivação depende da aceitação e do reconhecimento de que a obesidade é uma doença médica com consequências adversas importantes. Este reconhecimento depende de uma maior compreensão do paciente e do aumento da consciência pública sobre a obesidade envolvendo os governantes, os profissionais de saúde, as escolas e os meios de comunicação.

A actividade física é um factor determinante do gasto de energia e fundamental para o equilíbrio energético e controlo do peso. A actividade física reduz o risco para doenças cardiovasculares e diabetes e tem benefícios substanciais para muitas outras condições, não só aquelas associadas com a obesidade. Os efeitos benéficos da actividade física sobre a síndrome

metabólica são mediados por mecanismos além do controlo do peso corporal. Por exemplo, a actividade física reduz pressão arterial, melhora o nível de colesterol - lipoproteína de alta densidade, reduz os níveis de glicemia em pessoas com excesso de peso, mesmo quando não acompanhado de perda de peso significativa e reduz o risco de cancro do cólon e de cancro da mama entre as mulheres^{3,4}. A OMS recomenda que o indivíduo pratique níveis adequados a si de actividade física ao longo da vida. Diferentes tipos e quantidades de actividade física são exigidos para os diferentes *outcomes* de saúde: pelo menos 30 minutos de actividade física regular, de intensidade moderada na maioria dos dias reduz o risco de doença cardiovascular e diabetes, cancro do cólon e da mama. O fortalecimento muscular e o treino do equilíbrio reduz as quedas e melhora o estado funcional entre os idosos. No entanto, actividade mais prolongada pode ser necessária para controlar o peso^{3,4}.

Dada a importância desta condição na prática médica actual, e pela necessidade de implementar medidas mais eficazes no seu combate, decidi a investigar a distribuição do IMC e em todos os pacientes das consultas que presenciei durante o estágio em Medicina Comunitária e assim conhecer melhor a realidade com que me vou deparar no início da minha actividade clínica. Os objectivos específicos deste projecto foram os seguintes:

- Conhecer a distribuição do IMC no total de doentes das consultas presenciadas.
- Caracterizar os indivíduos obesos quanto ao sexo e idade.
- Conhecer os hábitos de exercício físico regular dos pacientes.
- Comparar a distribuição do IMC nas comunidades urbanas e rurais.

Material e Métodos

Foi desenvolvido um estudo do tipo transversal observacional. O método de amostragem utilizado foi por amostra de conveniência não aleatória. Após obtenção do consentimento informado aplicou-se um questionário anónimo não validado preenchido pelo entrevistador a todos os utentes com idade igual ou superior a 18 anos que compareceram a consultas programadas a que assisti durante a valência rural (Unidade de Cuidados Personalizados Arcos de Valdevez – UCPAV, em Arcos de Valdevez) e urbana (Centro de Saúde São João – CSSJ, no Porto) da disciplina de Medicina Comunitária com duração de 4 semanas. Procedeu-se também medições antropométricas

(peso e altura) de cada participante utilizando meios disponíveis nos gabinetes médicos.

As variáveis estudadas foram: idade, sexo, peso, altura, índice de massa corporal (IMC) e a prática de exercício físico. A amostra foi estratificada em relação à idade (jovem 18 a 34 anos, adulto 35-64 anos e idoso ≥ 65 anos), ao sexo (masculino e feminino) e à distribuição geográfica (rural ou urbano). Os *cutoffs* do IMC para as categorias de peso normal (IMC entre 18,5 e 24,9), excesso de peso (IMC entre 25 e 29,9), e obesidade classe I (IMC entre 30 e 34,9), obesidade classe II (IMC entre 35 e 39,9) e obesidade classe III (IMC maior ou igual a 40) seguiram os critérios definidos pela *International Obesity Task Force*¹ (Tabela 1). De acordo com as recomendações da OMS considerou-se 30 minutos de actividade física de intensidade moderada diária como sinónimo de prática de exercício físico regular^{3,4}.

O *software* utilizado para tratamento estatístico dos dados recolhidos foi o Microsoft Excel 2007.

IMC (kg/m ²)	Classificação
<18,5	Peso baixo
18,5 - 24,9	Peso normal
25 - 29,9	Excesso de peso
30 - 34,9	Obesidade classe I
35 - 39,9	Obesidade classe II
≥ 40	Obesidade classe III

Tabela 1 – *cutoffs* de IMC de acordo com a *International Obesity Task Force*.

Resultados

De entre os 94 utentes entrevistados e analisados 32 (34,0%) eram do sexo masculino e 62 (66,0%) eram do sexo feminino. A amostra era composta por indivíduos com idades compreendidas entre os 18 e os 89 anos, sendo que a média de idades se situava nos 58 anos. O IMC médio era de 27.3 kg/m². Do total da amostra 46 indivíduos (48,9%) praticavam exercício físico regular. Uma descrição mais detalhada, assim como as diferenças entre o CSSJ e a UCPAV podem ser consultadas na Tabela 2.

	CSSJ		UCPAV		Total	
Participantes	42		52		94	
Idade média	61		56		58	
IMC médio (kg/m²)	26.3		28.1		27.3	
Sexo masculino	26,2 %	11 (n)	40,4 %	21 (n)	34,0 %	32 (n)
Sexo feminino	73,8 %	31 (n)	59,6 %	31 (n)	66,0 %	62 (n)
Prática de exercício físico (%)	64,2 %	27 (n)	36,5 %	19 (n)	48,9 %	46

Tabela 2 - Descrição da amostra. UCPAV - Unidade de Cuidados Personalizados Arcos de Valdevez; CSSJ - Centro de Saúde São João.

A amostra do CSSJ é relativamente mais idosa (idade média 61 anos) que a do UCPAV (idade média 56 anos). O IMC médio dos participantes é de 27,7 kg/m² sendo relativamente mais alto (28.1 kg/m²) na UCPAV do que no CSSJ (26,3 kg/m²). Relativamente à prática de exercício físico, esta é mais frequente no CSSJ (64,2%) do que na UCPAV (36,5%).

	Sexo Masculino		Sexo Feminino		Total	
	%	n	%	n	%	n
IMC 18,5 - 24,9	40,6%	13	35,5%	22	37,2%	35
IMC 25 - 29,9	31,2%	10	38,7%	24	36,2%	34
IMC 30 - 34,9	21,9%	7	12,9%	8	16,0%	15
IMC 35- 39,9	6,3%	2	9,7%	6	8,5%	8
IMC >=40	0,0%	0	3,2%	2	2,1%	2
Total	100,0%	32	100,0%	62	100,0%	94

Tabela 3 Distribuição das categorias de IMC pelo sexo

Apenas 37,2% da amostra apresenta IMC dentro da faixa normal. Esta percentagem é maior nos participantes do sexo masculino (40,6%) do que no sexo feminino (35,5%). Desta forma, 62,8% apresenta excesso de peso ou obesidade (59,6% no sexo masculino e 64,5% no sexo feminino).

Nenhum utente apresentava peso baixo (IMC <18,5) (Tabela 3). A percentagem de participantes com obesidade classe I foi de 16,0% (♂ – 21,9%; ♀ – 12,9%); 8,5% dos participantes apresentam obesidade classe II (♂ - 6,3%; ♀ - 9,7%) e 2,1% dos participantes apresentam obesidade classe III (condição observada apenas no sexo feminino).

	UCPAV		CSSJ		Total	
	%	n	%	n	%	n
IMC 18,5 - 24,9	32,7%	17	42,9%	18	37,2%	35
IMC 25 - 29,9	32,7%	17	40,5%	17	36,2%	34
IMC 30 - 34,9	23,1%	12	7,1%	3	16,0%	15
IMC 35- 39,9	7,7%	4	9,5%	4	8,5%	8
IMC>=40	3,8%	2	0,0%	0	2,1%	2
Total	100,0%	52	100,0%	42	100,0%	94

Tabela 4 Distribuição das categorias de IMC pelas Unidades de Saúde. UCPAV - Unidade de Cuidados Personalizados Arcos de Valdevez; CSSJ - Centro de Saúde São João

Nos utentes entrevistados do CSSJ 42,9% têm peso normal, 40,5% excesso de peso, 7,1% obesidade classe I, 9,5% obesidade classe II e nenhum utente apresenta obesidade classe III. Relativamente aos utentes entrevistados da UCPAV 32,7% têm peso normal, 32,7% têm excesso de peso, 23,1% com obesidade classe I, 7,7% com obesidade classe II e 3,8% de obesidade classe III. Assim destaca-se a menor proporção de indivíduos com peso normal na população rural (Tabela 4).

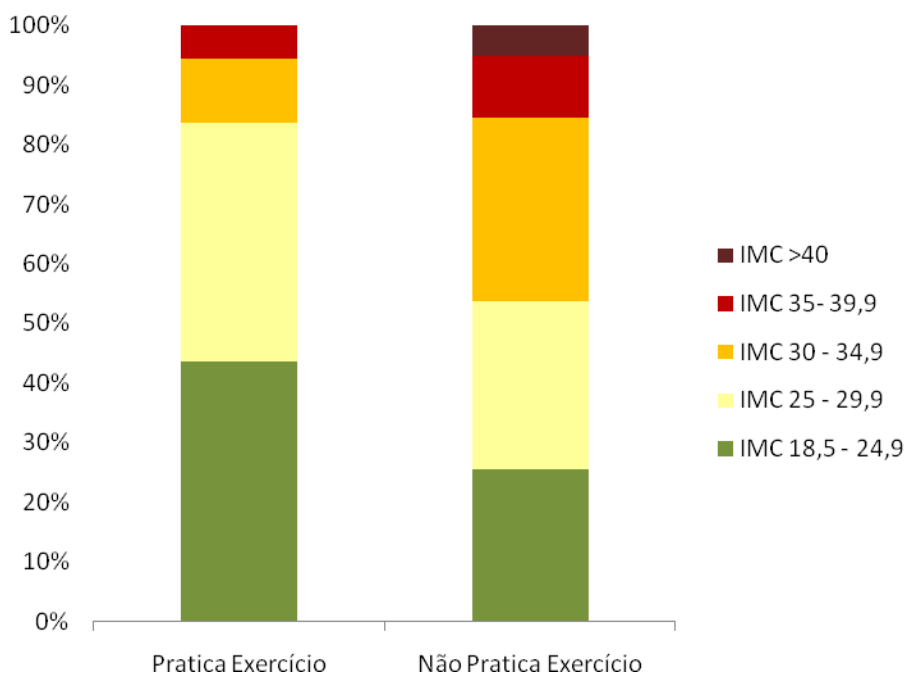


Gráfico 1 – Relação do Índice de Massa Corporal com a prática de exercício físico regular.

A percentagem média de utentes que pratica exercício físico regular situa-se nos 48,9% (Tabela 2). A relação do IMC com a prática de exercício físico está ilustrada no Gráfico 1. É evidente a maior proporção de indivíduos com peso normal naqueles que praticam exercício físico regular. Os graus mais avançados de obesidade são mais frequentes entre aqueles que não praticam exercício físico.

O IMC varia de acordo com o grupo etário (Gráfico 2) com maior número de indivíduos com excesso de peso e obesidade nos grupos etários mais velhos. A percentagem de indivíduos com peso normal decresce à medida que a idade aumenta.

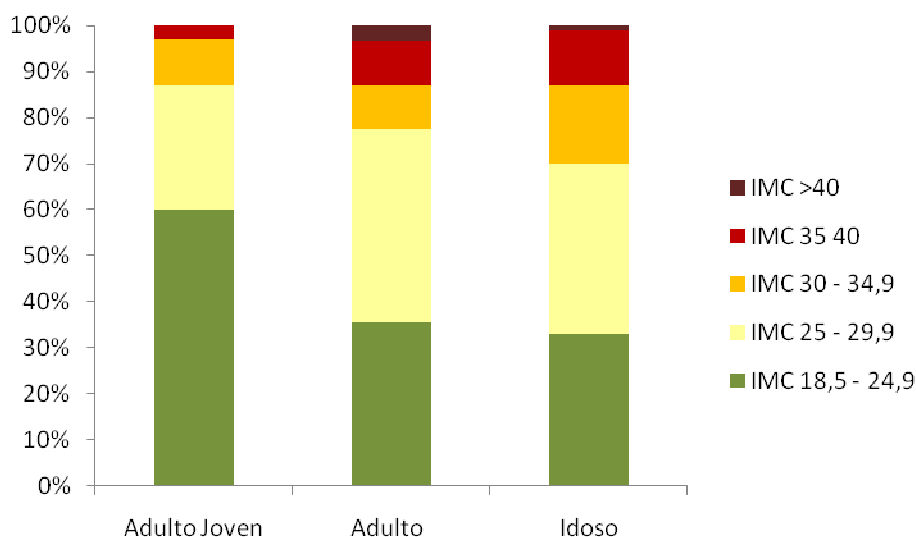


Gráfico 2 – Frequência das categorias do IMC pelos grupos etários.

Discussão

O estudo apresenta várias restrições na sua aplicabilidade à população em geral. É limitado pelo pequeno tamanho da amostra e pelo facto de esta não ser aleatória ou representativa da população geral. É também limitado pelo uso de um questionário não validado e de instrumentos de medição do peso e altura não estandardizados com variações entre as Unidades de Saúde.

Verificou-se uma percentagem inferior de excesso de peso neste estudo comparativamente aos dados da *International Obesity Task Force* relativos a 2003-2005 ², 36,2% contra 45,2%. Pelo contrário, a percentagem de participantes obesos neste estudo foi superior aos dados da IOFT, 26,6% contra 15%. Menos de metade (37,2%) dos participantes do estudo apresentam peso dentro da faixa normal, particularmente no sexo feminino em que apenas 35,5% tem o peso adequado.

A análise dos dados revela uma maior percentagem de indivíduos com excesso de peso e obesidade nos que não praticam exercício físico regular comparativamente aos que o fazem. Trata-se de uma das medidas comprovadas mais importantes no controlo do peso corporal e para o melhor equilíbrio energético.

No meio rural existe uma maior proporção de participantes com excesso de peso ou obesidade do que no meio urbano (32,7% na UCPAV e 42,9% no CSSJ). Esta diferença poderá ser explicada por diferentes hábitos de vida uma vez que a prática de exercício físico é mais frequente em meio urbano (CSSJ - 64,2 %, UCPAV - 36,5 %, Tabela 2) e a prática de exercício físico associa-se a melhor controlo do peso (Gráfico 1).

Conclusão

Apesar das limitações metodológicas do estudo já referidas, os objectivos principais do estudo foram cumpridos, uma vez que foi possível quantificar a percentagem de utentes com excesso de peso e obesidade assim como a sua relação com o sexo, com o exercício físico regular, com a idade e com o meio em que vive. Por outro lado saliento a oportunidade de aprendizagem de elaboração de um estudo estatístico sobretudo em termos de organização, planeamento, rigor e metodologia científica.

Após análise dos dados obtidos posso concluir que apesar da associação inequívoca do excesso de peso e da obesidade com o aumento da mortalidade e como causa importante de morbilidade e apesar dos esforços realizados no sentido da prevenção e educação esta condição continua a afectar mais de metade da amostra analisada. Na amostra o excesso de peso e a obesidade são mais frequentes no sexo feminino, nos indivíduos idosos, nos que não praticam exercício físico regular e nos habitantes do meio rural.

Desta forma é fundamental reforçar o investimento e a sensibilização dos profissionais de saúde para a prevenção de factores de risco, educação e promoção de hábitos de vida saudáveis incentivando a prática de exercício físico regular e uma alimentação equilibrada e adequada e intervenções médicas ou cirúrgicas quando indicado.

Bibliografia

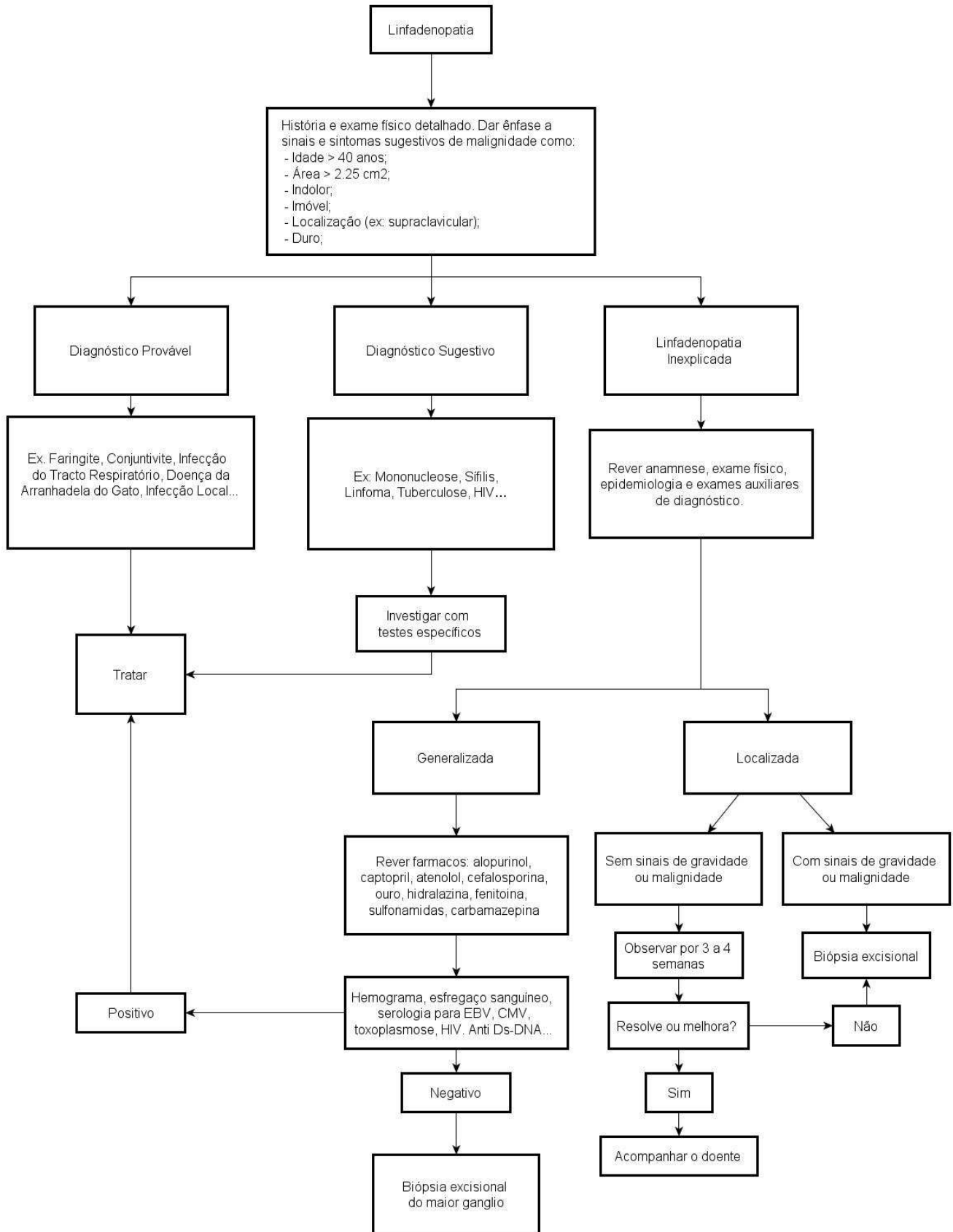
1 - World Health Organization. Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity. World Health Organization: Geneva, 1997.

2- Carmo I, Santos O, Camolas J, Vieira J, Carreira M, Medina L *et al* Overweight and obesity in Portugal: national prevalence in 2003–2005. *Obesity Reviews* 2007; 9:11-19

3 - World Health Organization (WHO): Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Geneva: WHO, Maio 2004.

4 - World Health Organization. Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable disease 2008-2013. Abril 2008. WHO Document A61/8.

Fluxograma – Abordagem diagnóstica inicial de adenomegalia



Bibliografia:

Fauci, Braunwald, Kasper, Hauser, Longo, Jameson, Loscalzo, *Harrison's Principles of Internal Medicine*, MacGraw-Hill's, 17ª edition, 2008

História Clínica

Data e local

Data e hora da recolha de informação: 29 de Dezembro de 2010 às 17h30m

Local: Unidade de Cuidados Personalizados Arcos de Valdevez

Fonte e fiabilidade da informação: A própria. Muito colaborante e participativa na entrevista.

Identificação e Contexto Social

Nome: Ana SV

Idade: 53 anos

Sexo: Feminino

Raça: Caucasiana

Naturalidade: Arcos de Valdevez

Residência: Arcos de Valdevez

Estado Civil: Casada (desde 1982)

Ocupação: actualmente encontra-se de baixa médica. É funcionária de um café em Arcos de Valdevez

Escolaridade: 12º ano

Antecedentes Pessoais

- Doenças da Infância: a doente refere varicela. Não se recorda de ter tido outras doenças de infância como parotidite, febre reumática, escarlatina ou rubéola.
- Lombalgia incapacitante desde 1997.
- Hipertensão arterial desde 2004.
- Nega doença coronária, dislipidemia.

Internamentos e cirurgias passadas

- Cirurgia de urgência em Maio de 2006 por complicação de hérnia discal lombar (L4) com compressão medular.

- Cirurgia em Agosto de 2007 por lombalgia incapacitante com colocação de prótese intradiscal em L4/L5.

Alergias

- Nega alergias alimentares ou medicamentosas

Antecedentes ginecológicos

- Menarca aos 12 anos.
- Interlúnios 28 dias, regulares.
- Cataménios 4 dias, pouco fluxo.
- Refere alguns sintomas coincidentes com início da menopausa.
- Parceiros sexuais: 1 - o marido.

História Obstétrica

- 2 Gestações. Nega qualquer tipo de complicação ou doença durante a gestação. Nega diabetes gestacional, eclâmpsia ou pré-eclâmpsia. Nega prematuridade. Realizou terapêutica anti-emética durante toda a gravidez, suplementos de ácido fólico e ferro. Sem consumo de outros medicamentos durante a gravidez.
- 2 Partos. O primeiro foi distócico (cesariana) devido a má apresentação do feto. O segundo foi eutócico. Ambos decorreram em meio hospital e sem complicações.

Hábitos, estilo de vida e factores de risco cardiovascular

- Realiza 4 refeições por dia (pequeno almoço, almoço, lanche e jantar).
- Consumo preferencial de carne.
- Consumo de bebidas alcoólicas esporádico ligeiro (menos de 12g por dia)
- Não pratica exercício físico regularmente pelas lombalgias incapacitantes.
- Bebe dois cafés por dia.
- Não fumadora. Nega consumo de drogas de abuso.

Vacinação

Programa Nacional de Vacinação actualizado. Reforço de vacina anti-tetânica actualizado. Sem outras vacinas complementares.

Medicação Habitual

- Pregabalina 200mg, 3 vezes por dia
- Acemetacina 60mg, 3 vezes por dia
- Cloridrato de betahistidina 24mg, 2 vezes por dia
- Pantoprazol 20mg, 1 vez por dia
- Tramadol 100mg, 3 vezes ao dia
- Perindopril 10 mg, 1 vez por dia

Dados sócio-económicos

Habitação própria. Apartamento no centro da vila de Arcos de Valdevez com luz eléctrica, água canalizada, saneamento, aquecimento e sem humidade.

Vive com o marido, de 50 anos e com o filho mais novo.

História Familiar

Avós – faleceram; desconhece causa de morte.

Mãe - 74 anos, Diabetes Mellitus e Hipertensão arterial.

Pai – 75 anos, Diabetes Mellitus e Hipertensão arterial.

3 Irmãs:

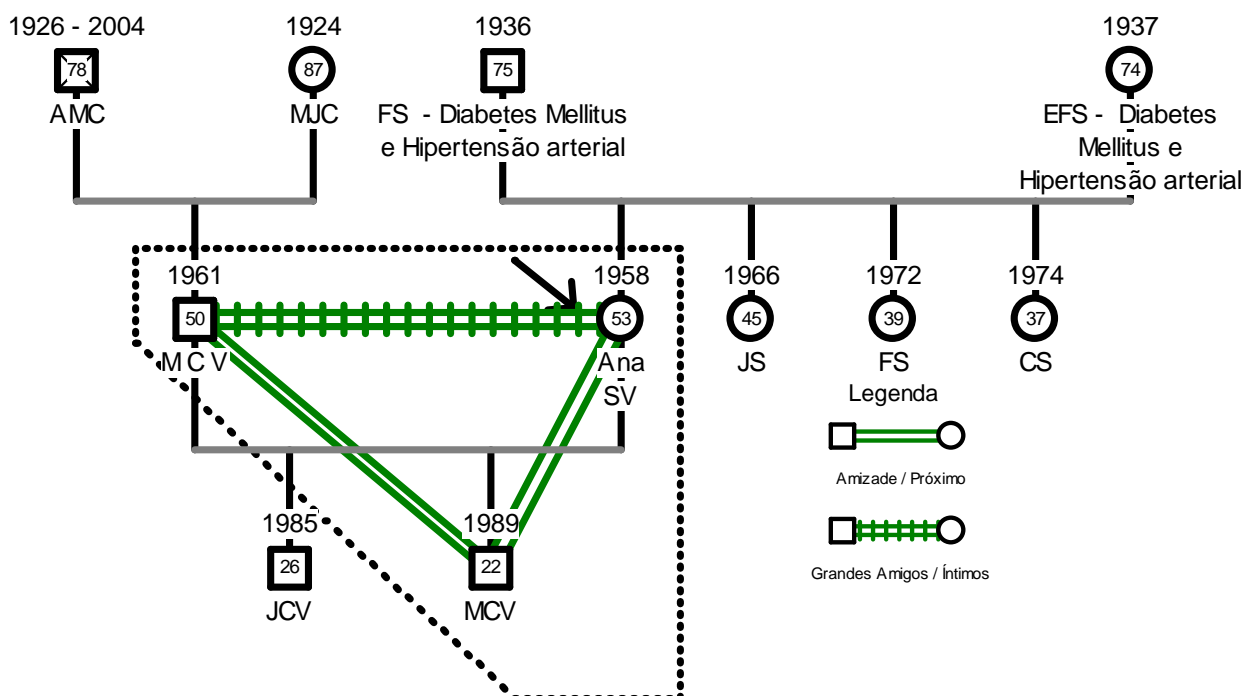
- 45 Anos: saudável
- 39 Anos: saudável.
- 37 Anos: saudável.

2 Filhos:

- 26 Anos: enfermeiro, casado, saudável.
- 22 Anos: solteira, saudável, técnico de informática.

Análise Familiar

Genograma e psicofigura de Mitchell



A paciente índice está identificada pela seta. Da história familiar salienta-se os antecedentes de Diabetes Mellitus e Hipertensão arterial presentes em ambos os progenitores. Sem outra história familiar relevante. O agregado familiar está contido pela linha tracejada, consistindo na paciente, no marido e o filho mais novo.

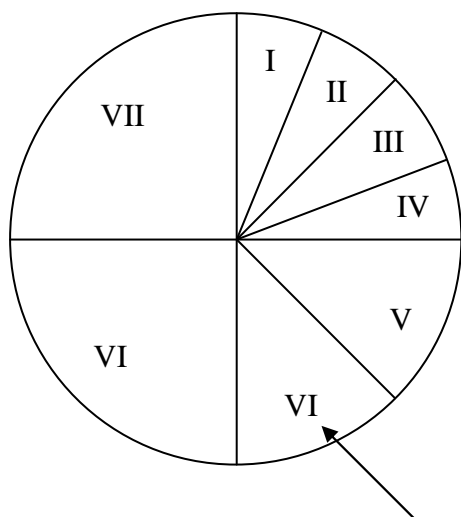
Está incluído na figura também as relações interpessoais entre os membros do agregado familiar de acordo com a psicofigura de Mitchell. Existe uma relação de intimidade entre a paciente e o marido, e de grande proximidade de ambos com o filho.

Ciclo de vida familiar de Duvall

O ciclo de Duvall é constituído pelos momentos da vida familiar mais significativos, no qual existem zonas de instabilidade que correspondem às mudanças da organização da família, por si só geradoras de desequilíbrio transitório a que a família tem de dar resposta, de modo a atingir uma nova organização, um novo equilíbrio. A família atravessa um conjunto de processos e evoluções designadas por estádios. Tal compreensão pode ajudar o médico a formular hipóteses adequadas

sobre os problemas dos pacientes em cada fase particular. Cada fase tem as suas próprias tarefas, alegrias, crises e dificuldades.

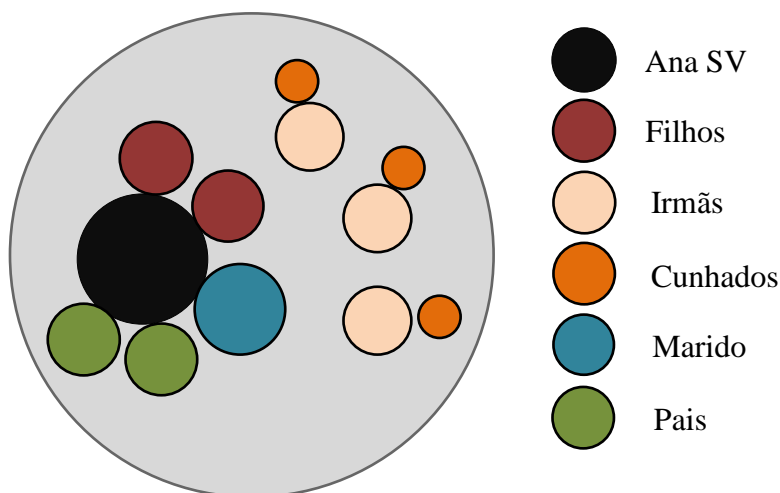
No caso em questão considero que a família se encontra no estágio VI, ou seja uma família com adulto jovens a sair de casa em adaptação ao fim dos papéis parentais.



- Estádio I** – Casal sem filhos
- Estádio II** – Família com filhos nascidos à pouco tempo
- Estádio III** – Família com filhos nascidos em idade pré-escolar
- Estádio IV** – Família com filhos nascidos em idade escolar
- Estádio V** – Família com filhos adolescentes
- Estádio VI** – Família com filhos adulto-jovem a sair de casa (desde o primeiro filho que saiu até à saída do último)
- Estádio VII** – Progenitores na meia-idade
- Estádio VIII** – Progenitores na 3ª idade (desde a reforma até à morte dos dois elementos)

Circulo Familiar de Thrower

Desenhou-se um círculo representando a família da paciente e pediu-se a para que esta desenha-se outros círculos que representassem os membros da família. O círculo familiar de Thrower é a representação gráfica do valor e proximidade que o indivíduo atribui às pessoas (família, amigos, etc.) e ainda alguns objectos e seres que lhe são próximos.



Pela análise da figura conclui-se a que existe uma grande proximidade e cumplicidade entre a doente, o marido, os filhos e pais. Mantêm também uma relação de proximidade com as irmãs e os cunhados.

APGAR Familiar de Smilkstein

O APGAR Familiar (Smilkstein, 1978) é um instrumento composto por 5 questões de resposta rápida e que avalia o modo como o indivíduo se sente no contexto da sua família; é uma medida fidedigna, válida e útil para medir a satisfação do indivíduo com o funcionamento familiar. Quanto maior o valor de APGAR mais funcional a família

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

A pontuação total foi de 10 pontos o que corresponde a uma família altamente funcional.

Classificação social de Graffar

Classificação de Graffar é uma classificação social internacional. Este método baseia-se no estudo de cinco critérios - profissão, nível de instrução, fontes de rendimento familiar, conforto do alojamento e aspecto do bairro onde habita.

Critério	Pontuação
Profissão	4
Nível de instrução	3
Fontes de rendimento familiar	3
Conforto do alojamento	3
Aspecto do bairro onde habita	3
Total	16

A família enquadra-se na classe III de Graffar.

Risco familiar

Segundo os critérios de classificação de risco familiar de Imperatori e de Segóvia-Dreyer posso concluir que estamos perante uma família de baixo risco.

Relações Sociais

A doente destaca a grande importância que a família tem para ela, mantendo uma relação de grande proximidade com o marido e com os filhos. Em relação ao marido refere que existe uma relação de grande amor, sem nenhum conflito no seu casamento. Mantém uma vida sexual regular. A doente

salienta que se despedem todas as manhãs com um beijo.

Mantêm também uma relação de grande proximidade com os pais, os quais visita várias vezes por semana. Frequentemente visita ou é visitada pelas irmãs e cunhados com os quais mantêm uma boa ligação. Refere também uma amiga vizinha, com quem passa grande parte do tempo durante o dia.

A doente afirma que é na família que ganha coragem de enfrentar a sua patologia e que sente muito apoio por parte de todo o agregado familiar. Refere que já pensou em acabar com a sua vida, mas que não o fez apenas por pensar no marido e nas filhas.

Consulta do dia 29 de Dezembro de 2010

Motivo da consulta

Consulta agendada para renovação da medicação habitual, pedido de exames de rotina e pedido de documentação por motivo de baixa médica.

História da Doença Actual pelo Método SOAP

S

Doente com história de lombalgia crónica desde 1997 sob terapia medicamentosa de controlo da dor e duas intervenções cirúrgicas com colocação de prótese intra-discal L4/L5. Mantêm queixas álgicas intensas, localizadas na região lombar com irradiação para o lado esquerdo. Refere também dor em ambos os membros inferiores com predomínio esquerdo, desde a raiz da coxa até aos pés. Ligeiro edema dos membros inferiores. Parestesias, perda da sensibilidade superficial e profunda e perda de força dos membros inferiores. Refere também parestesias nas mãos. Sente-se confusa e triste, o que associa à medicação. Humor deprimido

O

Estado geral: Doente consciente, colaborante, orientada no tempo e no espaço. Discurso coerente. Sem perturbações na memória ou dificuldade na articulação do discurso. Bom aspecto geral e sem

sinais de sofrimento aparente. Idade aparente coincidente com a idade real. Pele e mucosas coradas e hidratadas. Anictérica e sem cianose central ou periférica. Excesso de peso aparente. Sem fácies característico.

Parâmetros antropométricos

Peso – 84 kg

Altura – 1,64 m

IMC – 31 kg/m² - Obesidade classe I

Parâmetros Vitais

Frequência cardíaca: 58 batimentos/minuto (pulso rítmico, regular, amplo e simétrico)

Tensão arterial: Sistólica de 120 mmHg; Diastólica de 65 mm/Hg

Temperatura: apirética (36°C)

Frequência respiratória: 17 ciclos/minuto rítmica e regular.

Crânio

Sem dismorfias, assimetrias, tumefacções.

Sem adenomegalias palpáveis.

Implantação normal do cabelo. Cabelo de textura normal.

Face

Simétrica, sem dismorfias, tumefacções ou cicatrizes.

Olhos

Íris de cor castanha. Esclerótica de coloração branca. Sem opacidades corneanas.

Fendas palpebrais simétricas e de morfologia e orientação normais; sem pregas epicânticas. Sem evidência de estrabismo. Sem evidência de nistagmo. Ausência de eno ou exoftalmia.

Pupilas médias e isocóricas.

Ouvidos

Pavilhões auriculares com implantação e configuração dentro dos parâmetros da normalidade.

Canais auditivos externos sem escorrências.

Otoscopia não realizada.

Nariz

Sem dismorfias. Configuração normal da pirâmide e septo nasal. Sem rinorreia.

Boca e orofaringe

Lábios, gengivas e mucosa oral corados, hidratados e aparentemente sem lesões.

Língua corada, hidratada e aparentemente sem desvios, lesões ou movimentos anormais.

Mucosas coradas e hidratadas. Sem lesões.

Pescoço

Com configuração normal. Sem dismorfias, sem alterações na mobilidade. Sem adenomegalias palpáveis. Puso carotídeo palpável, rítmico regular e simétrico. Tireóide não palpável. Sem turgescência jugular.

Exame do tórax

Sem deformidades ou cicatrizes. Movimentos respiratórios simétricos. Sem sinais de dificuldade respiratória ou triagem subcostal.

Movimentos respiratórios simétricos, rítmicos, regulares e com relação inspiração/expiração normal.

Sem evidência de circulação colateral.

Auscultação Pulmonar

Sons respiratórios presentes, de intensidade normal e simétricos. Sem ruídos acessórios. Ressonância vocal presente de intensidade normal e simétrica.

Auscultação Cardíaca

S1 e S2 presentes, de intensidade normal. Sem outros sons adicionais

Abdômen: globoso, simétrico, com configuração normal. Mole e depressível. Sem massas, tumefacções ou herniações visíveis. Ausência de lesões cutâneas ou circulação colateral. Umbigo de configuração normal. Ruídos hidroaéreos de intensidade e frequência normal. Abdômen timpânico. Sem sinal de onda ascítica. Dor ligeira à palpação do quadrante superior esquerdo. Sem sinais de irritação peritoneal.

Membros: sem edemas nos membros superiores e inferiores. Pulsos palpáveis, amplos e regulares

Períneo e ano-rectal: não realizado.

Exame neurológico:

Consciente, colaborante, orientado espacial e temporalmente, em relação a si e aos outros. Funções cognitivas preservadas. Sem alterações da linguagem. Sem défices motores ou sensitivos (superficiais e profundos). Sem alterações do equilíbrio ou da marcha. Sem alterações dos pares cranianos.

A

Mantém queixas dolorosas de lombalgia crónica apesar da medicação actual.

Obesidade classe I (IMC – 31 kg/m²).

Humor deprimido.

Sem outras alterações do quadro clínico.

P

Pedido estudo analítico: hemograma, perfil lipídico, função renal e hepática.

Pedido de mamografia.

Prescrição da terapêutica habitual.

Marcação de nova consulta

Lista de problemas

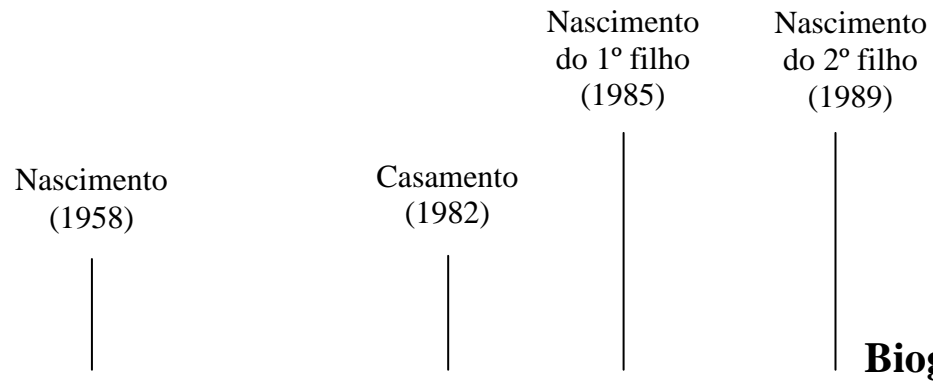
- Lombalgia crónica
- Obesidade Classe I
- Depressão?

Comentário Final

Ana SV, sexo feminino, 53 anos, caucasiana, natural e residente em Arcos de Valdevez. Neste momento encontra-se de baixa médica na sequência de lombalgias crónicas incapacitantes. É casada desde 1982 e tem dois filhos. O agregado familiar é constituído por si, pelo seu marido e o filho mais novo. Segundo o ciclo familiar de Duvall vivem o sexto estágio de vida. Trata-se de uma família altamente funcional segundo o Apgar Familiar de Smilkstein e segundo a Classificação de Graffar a família pertence à classe III. Trata-se de uma família de baixo risco segundo os critérios de classificação de risco familiar de Imperatori e de Segóvia-Dreyer. A doente considera ter uma vida estável e habita em casa com boas condições. Segundo a própria existe um bom relacionamento familiar, que é o grande suporte para conseguir viver com a sua doença. Em relação ao marido refere que existe uma relação de grande amor. Mantém uma vida sexual regular. Mantém também uma relação de grande proximidade com os filhos, pais, irmãs e cunhados. Refere também uma amiga vizinha, com quem passa grande parte do tempo durante o dia. Ana SV é uma paciente colaborante, muito participativa na entrevista, responde claramente às questões apresentadas sem dificuldade em especificar datas e factos.

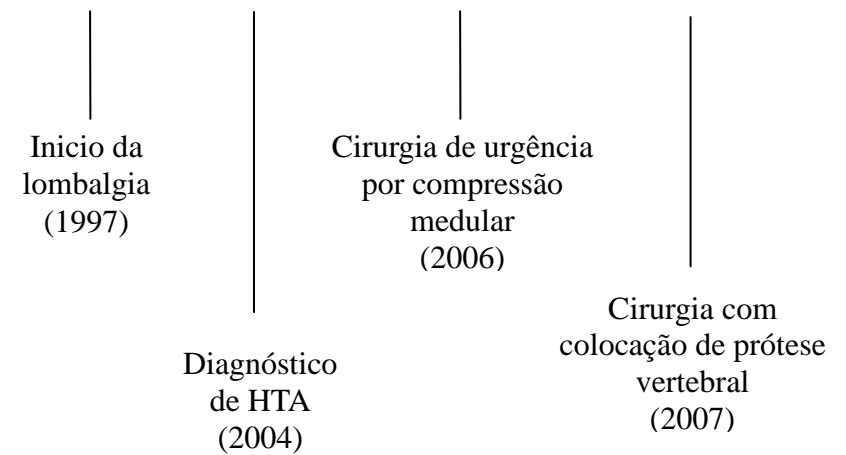
Quanto ao estado actual da doente, apresenta-se com humor deprimido, em consequência da doença crónica que a impede de ter uma vida activa. A doente chora durante a entrevista. Mantém queixas álgicas da lombalgia crónica, não controladas pela medicação ou por somatização. Doente hipertensa desde 2004 controlada com Perindopril 10mg. Será importante também o aconselhamento sobre necessidade de perder peso, com destaque em uma alimentação equilibrada e início da prática de exercício físico dentro das possibilidades físicas da doente, pois poderá ter benefício no alívio das lombalgias e também no estado geral de saúde.

Biopatografia



Biografia

Patografia



Reflexão – Papel do Médico de Família na cessação tabágica

No decorrer do módulo rural da disciplina de Medicina Comunitária na Unidade de Cuidados Personalizados - Arcos de Valdevez assisti à consulta programada de um paciente, Sr. FMC, do sexo masculino, 46 anos. O motivo da consulta era avaliar o resultado das análises pedidas na consulta anterior para seguimento da evolução da dislipidemia. O paciente apresenta vários factores de risco cardiovasculares: sexo masculino, obesidade, dislipidemia e é fumador (30 UMA). Um dos temas abordados ao longo da consulta foi o tabagismo. Durante a consulta foi transmitido ao paciente informação sobre as consequências adversas do tabaco e os benefícios da cessação tabágica, especialmente tendo em conta os factores de risco de doença cardiovascular que possui. Foi também discutido a possibilidade da intervenção farmacológica.

Desta forma, dada a prevalência significativa deste hábito na sociedade portuguesa e pelas suas implicações na saúde decidi informar-me melhor sobre como abordar o problema durante uma consulta e conhecer que meios, quer na abordagem quer no tratamento, estão disponíveis para auxiliar o paciente.

O tabaco em Portugal:

De acordo com o Inquérito Nacional de Saúde realizado em 2005/2006, 20,9% da população residente em Portugal era fumadora à data da entrevista (sexo masculino: 30,9%; sexo feminino: 11,8%), e que 18,7% fumava diariamente. Mais de metade dos homens fumava, ou já tinha fumado (56,9%), ao contrário das mulheres que, na grande maioria, nunca o tinha realizado (81,3%)¹. Em Portugal, no ano 2000, o consumo de tabaco foi responsável por cerca de 8100 mortes. Destas, 3400 foram provocadas por cancro em diferentes localizações, das quais 2100 por cancro do pulmão, 1800 por doenças do aparelho circulatório, 1400 por outras doenças do aparelho respiratório e 1500 por patologias diversas².

O papel do Médico de Família:

O aconselhamento dos fumadores para parar de fumar é uma vertente fundamental no processo de apoio à cessação tabágica, podendo, nalguns casos, ser suficiente para ajudar a parar, sem necessidade de prescrição farmacológica. O médico tem a responsabilidade de promover a

adoção de hábitos de vida saudáveis e a cessação tabágica. Esta abordagem pode ser efectuada em dois moldes, intervenção breve ou intervenção de apoio intensivo. A intervenção breve consiste numa intervenção oportunista, aproveitando todos os contactos com o paciente para se abordar o problema do tabagismo e pode ser realizada por qualquer profissional de saúde. A intervenção de apoio intensivo requer várias sessões, efectuadas em consulta especificamente programada para o efeito, por profissionais habilitados e treinados para tal.

Este tipo de intervenção prevê o cumprimento de cinco passos, correspondendo à mnemónica dos cinco A:

- **Abordar hábitos**: identificar sistematicamente todos os fumadores.
- **Aconselhar a parar**: aconselhar todos os fumadores a parar de forma clara e personalizada: informar sobre os riscos que aquele fumador naquela circunstância tem em continuar a fumar e os benefícios pessoais em parar.
- **Avaliar a motivação**: avaliar se há ou não interesse em parar. A motivação para parar é um aspecto crucial no processo de cessação.
- **Ajudar na tentativa**: para aqueles que estão preparados para abandonar o tabaco, é aconselhável marcar uma data para deixar de fumar – o dia D (corresponde ao dia igual a zero cigarros). É desejável fornecer informação prática com algumas estratégias para ultrapassar problemas. Pode ser dado um folheto informativo de auto-ajuda. Se indicado, pode prescrever-se terapêutica farmacológica.
- **Acompanhar**: programar o seguimento após o dia D, mediante marcação de consulta ou contacto telefónico, em função das necessidades.

Terapia farmacológica

Os fumadores que queiram deixar de fumar (principalmente os que têm consumo médio de mais de 10 cigarros diários) têm indicação para terapêutica farmacológica. Os fármacos de primeira linha actualmente recomendados na cessação tabágica incluem a Terapêutica de Substituição de Nicotina e a bupropiona. Os fármacos de segunda linha são a nortriptilina e a clonidina. Os substitutos de nicotina levam à redução dos sintomas de privação no fumador regular que pára de fumar. Existem diversas formulações farmacêuticas de igual eficácia (gomas de mascar, sistemas transdérmicos, inalador bucal, *spray* nasal, comprimidos sublinguais e pastilhas de chupar). Na decisão da prescrição de terapêutica deve ter-se em conta: a motivação do fumador para parar e a eventual adesão à terapêutica, o uso prévio de fármacos, as contra indicações e a potencial

ocorrência de efeitos adversos, o grau de dependência, a opção do fumador e, por fim, a experiência do prescriptor.

Bibliografia:

1 Instituto Nacional de Estatística. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. [Online]. 2009

2 Fraga S, Sousa S, Santos AC, Mello M, Lunet N, Padrão P *et al.* Tabagismo em Portugal. *Arq Med*, 2005 Set, vol.19, no.5-6, p.207-229.

3 Direcção Geral de Saúde. Cessação Tabágica: Programa-tipo de Actuação. Circular Normativa 26/DSPPS. [Online]. 2007 Dez 26;

Panfleto – “Diabetes Mellitus”

Faculdade de Medicina da
Universidade do Porto

DIABETES MELLITUS

O QUE É?

QUAIS OS SINTOMAS?

QUAIS AS
COMPLICAÇÕES?

COMO CONTROLAR?

Como posso controlar a diabetes e prevenir complicações?

Mantenha a glicemia dentro dos valores recomendados, controle o peso, a pressão arterial, colesterol e triglicérides.

Tenha uma alimentação saudável

Faça exercício regularmente

Ande a pé todos os dias, pelo menos 30 minutos.

Vigie regularmente o peso, a glicemia, a pressão arterial, o colesterol e triglicérides

Não fume

Siga com rigor as recomendações do seu médico!



Faculdade de Medicina da
Universidade do Porto

Elaborado por:
Vitor Ferreira 6º ano
Medicina Comunitária
2010/2011



DIABETES

O que é?

A diabetes é uma doença crónica na qual o organismo não produz insulina ou não é capaz de utilizar a insulina produzida.

A insulina é uma hormona que ajuda o açúcar a ser utilizado pelo organismo como fonte de energia. Se o açúcar não é utilizado acumula-se no sangue (glicemia) ultrapassando os valores normais

A diabetes tem cura?

Não, mas pode ser controlada, o que permite ter uma vida activa, saudável e autónoma.

Quais os sintomas?

- Muita sede
- Necessidade de urinar frequentemente
- Muita fome
- Cansaço
- Perda de peso
- Feridas que demoram a cicatrizar
- Infecções frequentes

Que tipos de Diabetes existem?

Existem dois tipos principais:

Tipo 1: quando o organismo não produz insulina. Aparece normalmente antes dos 30 anos e exige tratamento com insulina para além de uma alimentação adequada e exercício físico.

Tipo 2: quando o organismo ainda produz insulina mas a quantidade não é suficiente ou a insulina produzida não é eficaz. Aparece normalmente depois dos 30 anos. Pode ser controlada com alimentação adequada, exercício físico regular e, caso seja necessário, com medicamentos.

Quais as complicações?

- Doença cardíaca
- Doença renal
- Doença circulatória
- Perda da visão
- Maior risco de infecções
- Perda de sensibilidade

Quais os valores de glicemia recomendados?

Em jejum: menos de 110mg/dl
1 a 2 horas após as refeições: menos de 145mg/dl

É importante a monitorização da glicemia, para que o doente, com a ajuda dos profissionais de saúde consiga fazer o seu controlo, pois só com a glicemia dentro dos valores normais se pode retardar ou evitar o aparecimento das complicações da doença.

