



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2010/2011

Ana Catarina da Silva Afonso

Relatório de Estágio Profissionalizante na Área de Medicina Comunitária

Abril, 2011

FMUP



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Ana Catarina da Silva Afonso

Relatório de Estágio Profissionalizante na Área de Medicina Comunitária

Mestrado Integrado em Medicina

Área: Medicina Comunitária

Trabalho efectuado sob a Orientação de:

Prof. Doutor Frey Ramos

Abril, 2011

FMUP

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

Eu, Ana Catarina da Silva Afonso, abaixo assinado, nº mecanográfico 060801160, estudante do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, declaro ter actuado com absoluta integridade na elaboração deste projecto de opção.

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

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

Assinatura: Ana Catarina da Silva Afonso

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
2010/2011

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

Projecto de Opção do 6º ano – DECLARAÇÃO DE REPRODUÇÃO

Nome: Ana Catarina da Silva Afonso

Endereço electrónico: med06160@med.up.pt Telefone ou Telemóvel: 966234236

Número do Bilhete de Identidade: 13070527

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

Relatório de Estágio Profissionalizante na Área de
Medicina Comunitária

Orientador:

José Alberto Frey Barros

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, 19/04/2011

Assinatura: Ana Catarina da Silva Afonso

AGRADECIMENTOS

Agradecimentos pela disponibilidade e colaboração prestada:

Prof. Doutor Frey Ramos, Equipa de Enfermagem, Auxiliares de apoio e vigilância e Administrativos do Centro de Saúde São João.

Dra. Rosa Reis, Equipa de Enfermagem e Administrativos da Unidade de Saúde Familiar de São Simão da Junqueira.

Prof. Doutor Alberto Hespanhol, regente da disciplina de Medicina Comunitária.

RESUMO

Medicina Geral e Familiar, segundo a WONCA (World Organization of Family Doctors, 2002), é uma disciplina académica e científica, orientada para os cuidados primários (CSP). É uma área da Medicina que conhece a pessoa inteira, sendo capaz de tratar o todo e não apenas uma parte.

Foram objectivos deste relatório caracterizar as Unidades de Saúde (US) onde foi realizado o estágio, descrever as vivências e actividades realizadas, reflectir sobre a importância dos CSP na sociedade e prática clínica em Medicina Geral e Familiar (MGF) no percurso académico e ainda avaliar a frequência dos factores de risco modificáveis (bem documentados na literatura) do Acidente Vascular Cerebral (AVC) dos utentes observados nas consultas.

O estágio decorreu no Centro de Saúde São João e na Unidade de Saúde Familiar de São Simão da Junqueira. As actividades desenvolvidas durante a residência consistiram na participação em consultas médicas, actividades de enfermagem, visita a outras estruturas de saúde da comunidade e realização de diferentes trabalhos. Nestes últimos incluem-se uma reflexão sobre “Hipertensão Arterial de Bata Branca”, um algoritmo de decisão sobre “Tratamento da Obstipação Crónica”, uma História Clínica e um panfleto sobre “Tromboteste e Alimentação”. Foi também implementado um inquérito para averiguar a frequência dos factores de risco modificáveis (bem documentados na literatura) do Acidente Vascular Cerebral (AVC) dos utentes observados nas consultas.

Deste modo, este estágio proporcionou diversas vivências e actividades, contribuiu para a formação académica, revelando-se uma fonte importante de conhecimentos e alargando a visão do que é a Medicina Comunitária.

Professionalizing Internship Report in General Medicine Area

ABSTRACT

Family Medicine, according to the WONCA (World Organization of Family Doctors, 2002) is an academic discipline and scientific-oriented primary care (PHC). It is an area of medicine that you know the whole person, being able to treat the whole and not just one part.

The aim of this report is to characterize the Health Units (H.U.) where he held the stage, describe the experiences and activities, reflecting on the importance of PHC in society and clinical practice in family medicine (FGM) in academic record and assess the frequency of modifiable risk factors (well documented in the literature) of Cerebrovascular Accident (CVA) of patients seen in consultation.

The stage took place at the Center for Health S. John and Family Health Unit of St. Simon of Junqueira. The activities undertaken during the residency consisted of participation in medical, nursing activities, visits to other health facilities in the community and perform different jobs. These last include a discussion on "Hypertension Bata Blanca, " a decision algorithm on "Treatment of Chronic Constipation", a Medical History and a pamphlet on "Thrombotic and Food. " It has also implemented a survey to ascertain the frequency of modifiable risk factors (well documented in the literature) of Cerebrovascular Accident (CVA) of users observed in the consultations.

Thus, this internship provided with diverse experiences and activities, contributed to academic training, proving to be an important source of knowledge and broadening the vision of what is the Community Medicine.

ÍNDICE

SIGLAS E ABREVIATURAS	1
TABELAS E FIGURAS	1
INTRODUÇÃO	2
1. Motivações e Oportunidade	2
2. Objectivos	3
CARACTERIZAÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE	4
1. Estrutura Física	4
2. Modelos de Organização Funcional	5
3. Caracterização das Unidades de Saúde	6
4. Recursos das Unidades de Saúde	7
5. Estudo demográfico das Unidades de Saúde	8
ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS	10
1. Seminários	10
2. Consulta Médica	10
3. Enfermagem	11
4. Outras Estruturas de Saúde da Comunidade	11
5. Trabalhos Realizados	12
6. Projecto Complementar	12
CONCLUSÃO	13
BIBLIOGRAFIA	14
APÊNDICE I – Cronograma do Estágio	
APÊNDICE II – Registo de Consultas	
APÊNDICE III – Reflexão	
APÊNDICE IV – Algoritmo de Decisão	
APÊNDICE V – História Clínica	
APÊNDICE VI – Desdobrável de Educação para a Saúde	
APÊNDICE VII – Projecto Complementar	
APÊNDICE VIII – Questionário	

APÊNDICE IX – Tabela com distribuição dos factores de risco na população em estudo

ANEXO I – Categorias da ICPC-2

SIGLAS

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CSP	Cuidados de Saúde Primários
CSSJ	Centro de Saúde São João
DCV	Doença(s) Cardiovasculare(s)
FMUP	Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
HTA	Hipertensão arterial
MC	Medicina Comunitária
MGF	Medicina Geral e Familiar
US	Unidades de Saúde
USF	Unidade(s) de Saúde Familiar
USFSSJ	Unidade de Saúde Familiar de São Simão da Junqueira

ABREVIATURAS

Etc. | “e outros”

FIGURAS E TABELAS

Tabela 1	Estrutura Física dos US
Tabela 2	Caracterização dos US
Tabela 3	Comparação dos recursos (humanos e informáticos) existentes em cada US
Figura 1	Pirâmides Etárias da USFSSJ e do CSSJ

INTRODUÇÃO

O presente 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.

Este relatório descreve as actividades e experiências proporcionadas pela disciplina de Medicina Comunitária (MC), leccionada no contexto dos Cuidados de Saúde Primários (CSP).

1. Motivações e Oportunidade

“A partir da década de 80, pela primeira vez na história do país, a maioria da população começou a ter acesso a CSP com um mínimo de dignidade. Desde então a Medicina Geral e Familiar (MGF) portuguesa iniciou uma evolução sem retorno.”¹

A MGF está largamente definida em documentos oficiais ou particulares publicados no nosso país (Decreto-Lei n.º 73/90; Portugal. Ordem dos Médicos. Colégio de Clínica Geral, 1995; etc.) e tem igualmente sido descrito ou proposto por diversas organizações internacionais, tais como a WONCA (World Organization of Family Doctors, 2002). Esta última define MGF como “uma Disciplina académica e científica, com os seus próprios conteúdos educacionais, investigação, base de evidência e actividade clínica; é uma especialidade clínica orientada para os cuidados primários”.^{1,2}

“A medicina geral e familiar é, antes de tudo, uma medicina da pessoa. Cada cidadão deve ser compreendido e atendido na sua globalidade biológica, psicológica, social e cultural”.¹

O especialista de MGF deve ser a interface entre a medicina hospitalar, muitas vezes rígida e de alta tecnologia, e uma prática clínica lidando com os receios dos utentes, ajudando-os com os meios de prevenção adequados em todas as suas vertentes, a ultrapassar o fosso entre o conhecimento acerca da sua saúde e o cuidado activo dela.³

O Sistema Nacional de Saúde é o subsistema de saúde utilizado com maior frequência, cerca de 80% das pessoas residentes no Continente.⁴ Deste modo, a escolha de realizar este trabalho

na área de MC deve-se à crescente importância dos CSP na nossa sociedade e, por consequente, na formação académica.

2. Objectivos

- Caracterizar as Unidades de Saúde (US) onde foi realizado o estágio.
- Descrever sucintamente as vivências e actividades realizadas.
- Reflectir sobre a importância dos CSP na sociedade.
- Reflectir sobre relevância da prática clínica em Medicina Geral e Familiar (MGF) no percurso académico.
- Avaliar a frequência dos factores de risco modificáveis (bem documentados na literatura) do Acidente Vascular Cerebral (AVC) dos utentes observados nas consultas durante o estágio.

CARACTERIZAÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE

1. Estrutura Física

O Centro de Saúde São João (CSSJ) localiza-se na Rua Miguel Bombarda, no Porto, e a Unidade de Saúde Familiar de São Simão da Junqueira (USFSSJ) na Rua Zeca Pinheiro, na freguesia de São Simão da Junqueira, pertencente ao distrito do Porto e concelho de Vila do Conde. As suas estruturas físicas encontram-se sumariadas na Tabela 1.

US	PISO	DESCRIÇÃO
USFSSJ	Rés-do-chão	Parque de estacionamento para funcionários Serviço de atendimento Serviço informático Arquivo 2 Salas de espera (inclui 1 sala de espera infantil) 2 Salas de enfermagem 2 Salas de tratamento (pensos e injectáveis) 1 Sala de saúde infantil 1 Sala de Saúde materna e Planeamento familiar 5 Gabinetes médicos 1 Gabinete polivalente Cantinho da amamentação Cantinho para crianças WC para deficientes WC para utentes Despejos e depósitos de lixo sujo, limpo, material clínico e terapêutico e consumíveis
	Piso 1	Copa WC para funcionários 1 Instalação com chuveiro 1 Sala de reuniões/formação

CSSJ	Cave	Armazém Copa Lavandaria Vestiário Secretaria
	Rés-do-chão	Serviço de atendimento 2 Salas de enfermagem Sala de lavagem e esterilização Sala de espera WC para deficientes
	Piso 1 e 2	4 Gabinetes médicos 1 Gabinete polivalente Sala de espera WC para utentes WC para funcionários
	Piso 3	2 Gabinetes médicos 1 Gabinete polivalente Sala de espera Ala de reuniões/Biblioteca WC para funcionários

Tabela 1. Estrutura Física das US.

2. Modelos de Organização Funcional

O estágio permitiu conhecer 2 modelos diferentes de organização dos cuidados de saúde primários (CSP).

Segundo o Decreto-Lei nº28/2008 de 22 de Fevereiro, as Unidades de Saúde Familiar (USF) integram a estrutura organizacional do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES). AS USF devem ser consideradas unidades elementares na vertente de prestação de cuidados individuais e familiares dos CSP.⁵

A USFSSJ faz parte do ACES Grande Porto V – Póvoa de Varzim/Vila do Conde, tendo como missão promover a vigilância da saúde, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da

doença de forma planeada e sustentada, desenvolvendo actividades dirigidas ao indivíduo, família, à comunidade, com especial atenção aos grupos vulneráveis e de risco.⁶

O CSSJ, surgiu a partir de um projecto conhecido como “Tubo de Ensaio”, em 1998, como resultado de um Protocolo de Acordo de Cooperação entre a Administração Regional de Saúde do Norte e a FMUP. Tinha como objectivos a inovação em termos de organização funcional e administrativa, prestação de CSP até 25 000 utentes e formação pré- e pós-graduada de profissionais de CSP.⁷

3. Caracterização das US

Características	CSSJ	USFSSJ
Utentes	20 002 Utentes <ul style="list-style-type: none"> • Residentes no Concelho do Porto • Estudantes funcionários da Universidade do Porto 	8 814 Utentes <ul style="list-style-type: none"> • Residentes nas freguesias Arcos, Bagunte, Ferreiró, Junqueira, Outeiro Maior, Parada, Rio Mau e Fradelos
Atendimento	De 2 ^a à 6 ^a feira, das 8h00 às 20h00	
Organização de consultas	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta(s) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Saúde Adulto ▪ Saúde Idoso ▪ Vigilância a Grupos de risco (hipertensos e diabéticos) ▪ Grupos vulneráveis (saúde materna, saúde infantil, planeamento familiar e vigilância oncológica) ▪ Aberta (não programada) ▪ Domiciliária ▪ Não presencial – renovação 	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta(s) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Saúde Adulto ▪ Saúde Idoso ▪ Vigilância a Grupos de risco (hipertensos e diabéticos) ▪ Grupos vulneráveis (saúde materna, saúde infantil, planeamento familiar e vigilância oncológica) ▪ Aberta (não programada) ▪ Domiciliária ▪ Não presencial – renovação

	de prescrição	de prescrição
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cessação tabágica 	
Serviços complementares	<ul style="list-style-type: none"> • Psicologia • Podologia 	<ul style="list-style-type: none"> • Assistente social • Nutricionista • Equipa de saúde escolar
Referenciação	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitais da rede do ACES Porto Ocidental 	<ul style="list-style-type: none"> • Centro Hospitalar Póvoa de Varzim Vila do Conde, EPE • Hospital Geral de Santo António, EPE • Hospital de Magalhães Lemos, EPE • Hospital Pedro Hispano, EPE • Hospital da Prelada - Santa Casa da Misericórdia do Porto
Acessibilidade	Boa acessibilidade. Proximidade da rede de transportes públicos.	Má acessibilidade, nomeadamente por inexistência de transportes públicos. Ferreiró, Outeiro Maior, Bagunte e Parada têm transporte público com horários espaçados, distanciando-se a paragem a mais de 500m da USF. As ruas que servem a USF são estreitas e de piso irregular.

Tabela 2. Caracterização das US.

4. Recursos das US

Ambas as US possuem recursos e condições satisfatórias para a prática clínica, apresentando-se a comparação entre estes na tabela 3.

Características	USFSSJ	CSSJ
Recursos humanos	5 Médicos especialistas em MGF 5 Enfermeiros 4 Administrativos 2 Auxiliares de apoio e vigilância	9 Médicos especialistas em MGF 6 Médicos internos do Internato Complementar de MGF 16 Enfermeiros* 2 Psicólogos e 3 estagiários 1 Podologista 6 Administrativos 2 Auxiliares de apoio e vigilância
Recursos informáticos	SAM, SAPE, CIPE, SINUS, Alert P1, DiabCare	Higia, SAM, Alert P1, SINUS, DiabCare

Tabela 3. Comparação dos recursos (humanos e informáticos) existentes em cada US. * Não a tempo integral

5. Estudo demográfico das US

A USFSSJ presta cuidados a 8 814 utentes, dos quais 51,55% são do sexo feminino e 48,45% são do sexo masculino. O CSSJ presta cuidados a 20 002 utentes, dos quais 55,93% são do sexo feminino e 44,07% são do sexo masculino. No entanto, existem 1985 utentes sem médico de família atribuído desde 17 Janeiro de 2011.

Analisando as pirâmides etárias das duas US (Figura 1), verifica-se que o sexo predominante em ambos é o sexo feminino, sendo este mais evidente no CSSJ.

A classe etária maioritária na USFSSJ é a dos 35 - 39 anos, para ambos os sexos. Verifica-se um aumento gradual do número de utentes desde os recém-nascidos aos 39 anos, com posterior diminuição até aos 74 anos, e nova subida de utentes a partir dos 75 anos.

A classe etária maioritária no CSSJ é a dos 35 - 39 anos para o sexo masculino, e superior a 75 anos para o sexo feminino. Tal como acontece na USFSSJ, também existe um aumento gradual do número de utentes desde os recém-nascidos aos 39 anos, com posterior diminuição de utentes até aos 74 anos, com nova subida a partir dos 75.

Constata-se então que, apesar de existir um elevado número de utentes em idade activa (15 aos 64 anos), 68,37% na USFSSJ e 67,46% no CSSJ, em ambas as US a base das pirâmides é mais estreita que o topo, característica comum em populações envelhecidas. O

envelhecimento populacional é mais notório no CSSJ, onde a percentagem de população com mais de 65 anos corresponde a 18,51%, face a uma percentagem de 14,16% na USFSSJ.

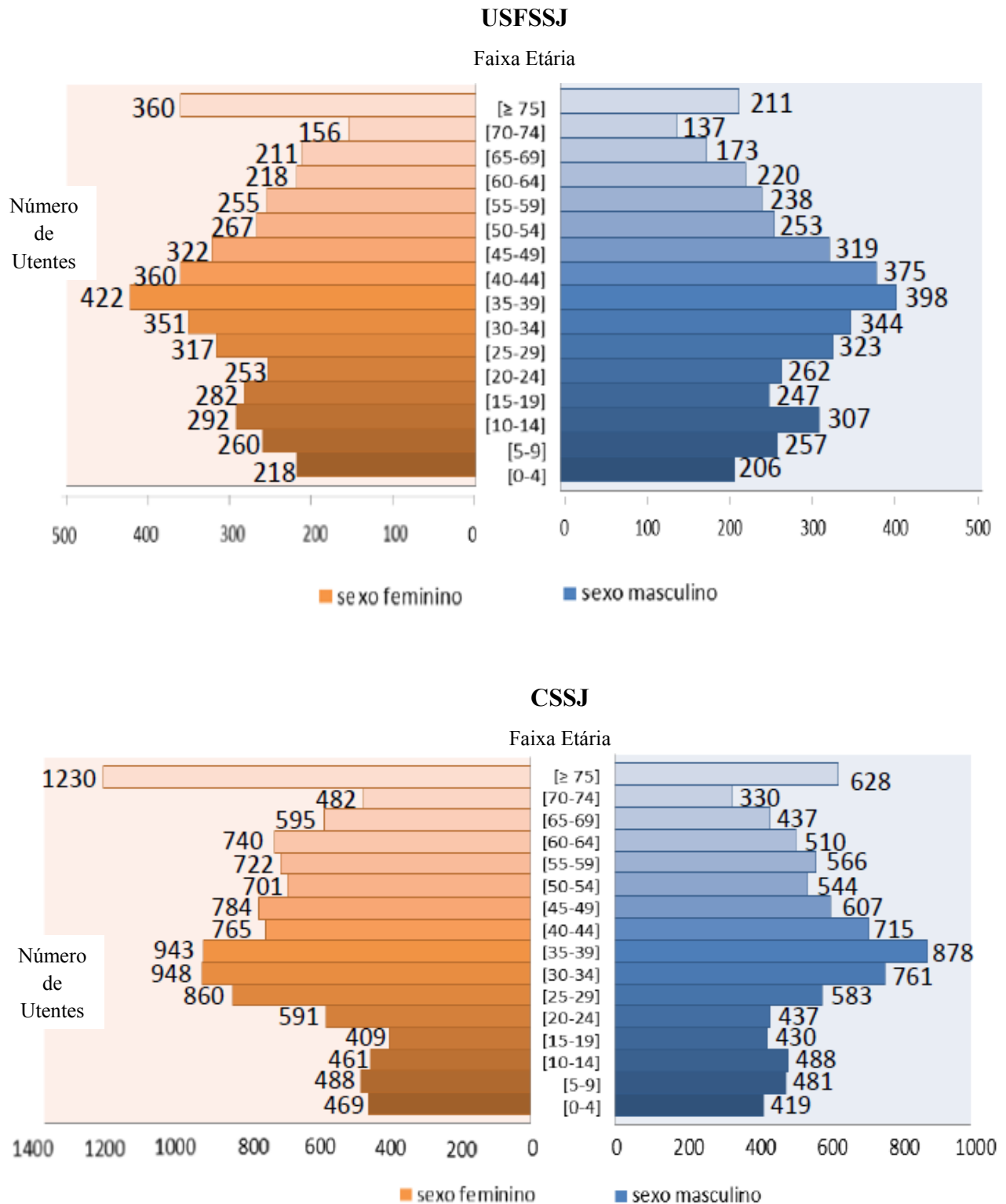


Figura 1. Pirâmides Etárias da USFSSJ e do CSSJ

DESCRIÇÃO DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

O estágio decorreu entre os dias 14 e 25 de Fevereiro de 2011 na USFSSJ, e entre os dias 28 de Fevereiro e 11 de Março de 2011 no CSSJ. (Calendário de Actividades em Apêndice I).

Foram desenvolvidas actividades no contexto dos CSP em dois ambientes de trabalho distintos, no urbano (CSSJ), e no rural (USFSSJ). Ambos permitiram uma aquisição de conhecimentos, novas aptidões clínicas e um reconhecimento da importância da prática clínica em MGF no percurso académico.

1. Seminários

No início de cada módulo foi dada a oportunidade de assistir e participar em dois seminários. No primeiro, foi descrita a organização da disciplina, os seus objectivos e os trabalhos a serem realizados, e também a organização do US e das consultas, a epidemiologia da Clínica Geral e a prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças comuns.

O segundo seminário foi sobre CSP, a abordagem dos doentes na MGF e os motivos de consulta mais frequentes. Ambos foram leccionados por docentes da disciplina de MC.

2. Consulta Médica

Sob supervisão dos tutores em cada US, foi possibilitada a participação nas consultas de uma forma activa e não meramente observacional, melhorando as aptidões de comunicação e de prática clínica.

Deste modo, procedeu-se à recolha de histórias clínicas, realização de exames físicos e registo dos respectivos dados nos diversos sistemas informáticos. Também foi possível a identificação de factores de risco e aconselhamento de estilo de vida em diversos utentes, destacando-se a importância dos CSP no diagnóstico precoce e na prevenção primária e secundária.

Na Consulta Aberta de ambas as US, houve um reconhecimento das queixas mais frequentes dos utentes que motivavam a procura deste tipo de consulta não programada e a forma de cuidar dos diferentes problemas encontrados.

Na Consulta Domiciliária da USFSSJ proporcionou-se o contacto com utentes com total dependência de terceiros, a dificuldade dos seus cuidadores na prestação de cuidados diários com qualidade e o papel do médico, nomeadamente, no aconselhamento e resolução de problemas físicos, psicológicos e sociais encontrados.

3. Enfermagem

Foi possibilitada a participação em Consultas de hipertensos, diabéticos, saúde materna, saúde infantil e planeamento familiar e aprendizagem de diversos procedimentos, nomeadamente, a administração de fármacos injectáveis e vacinas, pesquisas de glicemias capilares, execução de pensos segundo técnicas assépticas e colocação de um dispositivo de Monitorização da Pressão Arterial no Ambulatório, no CSSJ.

Também houve uma participação em Consultas Domiciliárias de Enfermagem na USFSSJ, onde houve uma prestação de auxílio ao enfermeiro na execução de pensos segundo técnicas assépticas em úlceras de pressão e administração de fármacos injectáveis.

4. Outras Estruturas de Saúde da Comunidade

Durante o estágio na USFSSJ, deu-se a oportunidade de vivenciar um dia de Consulta no Centro de Diagnóstico Pneumológico da Póvoa de Varzim, procedendo à recolha de histórias clínicas, realização de exames físicos e discussão dos resultados dos meios complementares de diagnóstico.

Existe uma elevada incidência de tuberculose no concelho do Porto e concelhos limítrofes, disponibilizando este centro uma consulta de tuberculose que visa estabelecer o seu diagnóstico, assegurar o seu tratamento correcto e completo e promover a vigilância eficaz dos contactos. Desenvolve ainda acções de rastreio em grupos de risco.

Durante o estágio no CSSJ, visitou-se o Centro de Aconselhamento e Detecção Precoce da Infecção pelo VIH/SIDA do Porto. Este centro permite a realização do teste de VIH/SIDA, de forma voluntária, gratuita e confidencial, proporcionando ainda, aconselhamento pré-teste, apoio psicológico aos utentes e encaminhar os utentes com resultado positivo para as consultas de referência hospitalar. Promove também acções de promoção da saúde de forma a

evitar ou reduzir comportamentos de risco, prevenindo uma possível infecção e a sua propagação na comunidade.

5. Trabalhos Realizados

Durante o estágio procedeu-se à execução de diversos trabalhos dentro da temática CSP. Em ambos os US fez-se o registo de um dia de consulta (Apêndice II).

Durante a valência urbana elaborou-se uma reflexão, cujo tema foi “Reflexão sobre um caso da consulta: Hipertensão Arterial de Bata Branca” (Apêndice III) e um algoritmo de decisão sobre “Tratamento da Obstipação Crónica” (Apêndice IV).

Durante a valência rural procedeu-se à colheita e elaboração de uma história clínica (Apêndice V) e um desdobrável de educação para a saúde, cujo tema foi “Tromboteste e Alimentação” (Apêndice VI)

6. Projecto Complementar

Durante o estágio levou-se a cabo um estudo descritivo transversal, descrito no Apêndice VII, com o objectivo de avaliar a frequência dos factores de risco modificáveis (bem documentados na literatura) do Acidente Vascular Cerebral (AVC) dos utentes observados nas consultas durante o estágio.

CONCLUSÃO

Após a realização do estágio conclui-se que a MGF tem uma área de intervenção alargada, lidando com todos os problemas de saúde. É uma área da Medicina que conhece a pessoa inteira, sendo capaz de tratar o todo e não apenas uma parte.

Foi igualmente possível verificar a importância dos CSP e do Médico de Família, que ocupa uma posição chave para prestar conselhos preventivos e tentar mudar o comportamento dos indivíduos para benefício da sua própria saúde e encorajá-los a evitar situações que conduzem à doença.⁸

Esta disciplina contribuiu para a formação académica, nomeadamente, melhorando os conhecimentos médicos, aptidões de comunicação e prática clínica, e aprofundando o desenvolvimento profissional e pessoal.

Em suma, este estágio proporcionou diversas vivências e actividades, revelando-se uma fonte importante de conhecimentos e alargando a visão do que é a MC.

BIBLIOGRAFIA

1. Sousa JC, Sardinha AM, Perez y Sanches J; Melo M; Ribas MJ. Os cuidados de saúde primários e a medicina geral e familiar em Portugal. Rev. Port. Sau. Pub., 2001; 2 (1): 63-74.
2. WONCA/OMS. A definição Europeia de Medicina Geral e Familiar. [Online]. 2002. Disponível em: URL: <http://www.woncaeurope.org/Web%20documents/European%20Definition%20of%20family%20medicine/European20Definition%20in%20Portuguese.pdf>. Acedido em Fevereiro 18, 2011.
3. Hespanhol A, Couto L, Martins C, Viana M. Educação para a Saúde e Prevenção na Consulta de Medicina Geral e Familiar (II). Rev Port Clin Geral 2009; 25: 242-52.
4. Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006. Instituto Nacional de Estatística, I.P. 2009.
5. Decreto-Lei nº28/2008. Diário da República, 1.ª série, n.º 38. [Online]. 2008. Disponível em: URL: http://www.apifarma.pt/uploads/Legislação_upload/Geral/dl%2028-08_ACES.pdf. Acedido em Fevereiro 18, 2011.
6. Missão para os cuidados de saúde primários. Linhas de acção prioritária para o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários; [Online]. 2006. Disponível em: URL: http://www.mCSP.min-saude.pt/Imgs/content/page_46/Linhas%20de%20Acao%20Prioritaria.pdf. Acedido em Fevereiro 18, 2011.
7. Hespanhol A, Malheiro A, Pinto AS. O Projecto “Tubo de Ensaio”. Breve História do Centro de Saúde S. João. Rev Port Clin Geral 2002; 18:171-86.
8. Hespanhol A, Couto L, Martins. A medicina preventiva. Rev Port Clin Geral 2008;24:49-64.

APÊNDICE I – Cronograma do estágio

USFSSJ

Data	14/02/11	15/02/11	16/02/11	17/02/11	18/02/11
Actividades	Seminário	Consulta	Consulta	Consulta	Consulta
			Consulta Domiciliária Médica		Consulta Domiciliária de Enfermagem
Data	21/02/11	22/02/11	23/02/11	24/02/11	25/02/11
Actividades	Consulta	Consulta	Consulta	Consulta	Centro Diagnóstico Pneumológico
		Procedimentos de Enfermagem	Procedimentos de Enfermagem		

CSSJ

Data	28/02/11	01/03/11	02/03/11	03/03/11	04/03/11
Actividades	Seminário	Consulta	Consulta	Consulta	Consulta
			Procedimentos de Enfermagem		
Data	07/03/11	08/03/11	09/03/11	10/03/11	11/03/11
Actividades	Consulta	Feriado	Procedimentos de Enfermagem	Centro de Aconselhamento e Detecção Precoce da Infecção pelo VIH/SIDA	Consulta

APÊNDICE II – Registo de Consultas

USFSSJ

Identificação	Motivos de consulta	Problemas de Saúde	Orientação	Retorno	Reencaminhamento
AJF, ♂, 72 anos	Consulta Geral Lombalgia e cervicalgias.	✓ HTA ✓ IC	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pedido de raio-X à coluna cervical e lombossagrada. ▪ Marcação de consulta para 05-2011 		
DMP, ♀, 6 anos	Consulta de Saúde Infantil Otalgia – tomou antibiótico mas está um pouco constipada.	✓ Otite média ✓ Varicela ✓ Odínofagia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prescrição de Desloratadina e Flubendazol 		
MMP, ♀, 10 anos	Consulta de Saúde Infantil Otalgia – tomou antibiótico mas está um pouco constipada.	✓ Otite média ✓ Varicela ✓ Odínofagia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prescrição de Desloratadina e Flubendazol 		
SUS, ♀, 24 anos	Consulta de Planeamento Familiar Vem mostrar análises clínicas e ecografia cervical	✓ Abuso tabaco ✓ Excesso de peso	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Repetir análises clínicas daqui a 6 meses. 	Análises Clínicas: sem alterações. Urina tipo II: sem sinais de infeção urinária; Ecografia cervical: bócio difuso	
TABS, ♂, 7anos	Consulta Geral Mãe vem pedir Ortopantomografia	✓ Sinais/sintomas gengiva	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pedido de Ortopantomografia 		
ACG, ♀, 68 anos	Consulta de Risco – Hipertensos Controlo da TA. Queixa-se de diminuição da acuidade visual no olho direito.	✓ HTA ✓ Paralisia facial de Bell	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prescrição de Carbonato de cálcio + Colecalciferol, ácido alendrónico, Nicergoline 30mg, Olmesartan. ▪ Marcação de consulta para 29-03-11 		
MFNF, ♀, 55 anos	Consulta de Risco – Diabéticos Controlo glicemia e TA.	✓ DM ✓ Retinopatia diabética ✓ HTA ✓ Excesso de peso ✓ Dislipidemia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pedido de análises clínicas e ECG. ▪ Prescrição de metformina, 20 mg enalapril + 12,5 mg hidroclorotiazida, amlodipina 5mg, glibenclamida 5mg; ▪ Marcação de consulta para 13- 		

			04-2011		
JSA, ♂, 57 anos	Consulta de Risco – Hipertensos Vem mostrar análises clínicas. Renovar a baixa por doença natural.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ HTA ✓ Psoríase ✓ Infecção herpética com atingimento ocular 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prescrição de betametasona (pomada), gel oftalmológico de Carbómero 974P, aciclovir 200 mg, gel oftalmológico de Ganciclovir 0,15%. ▪ Renovação da baixa por doença natural ▪ Marcação de consulta para 28-03-2011 	Análises clínicas: glicose 109 mg/dL; Colesterol total: 222mg/dL; ácido úrico 8,0 mg/dL;	
AGF, ♀, 64 anos	Consulta Geral Vem mostrar análises clínicas. Tem comichão no pé direito.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ HTA ✓ Osteoartrose da anca ✓ Tireoidectomia por carcinoma da tireóide 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cintigrafia da tireóide ▪ Prescrição de Levotiroxina sódica 100mg; sinvastatina 25 mg; fluoxetina 20mg; 150 mg de irbesartan + 12,5 mg de hidroclorotiazida; Idebenona 45mg; 	Análises Clínicas: sem alterações. Ecografia cervical: imagem nodular 7,7x6,5x3,9 mm – tecido tireoideu vestigial?	
MAS, ♂, 48 anos	Consulta de Risco – Hipertensos Controlo da TA. Tosse seca durante a noite. Está nervoso porque teve um problema com o carro	<ul style="list-style-type: none"> ✓ HTA ✓ Excesso de peso ✓ Dislipidemia 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pedido de análises clínicas, PSOF e ECG. ▪ Prescrição de atorvastatina 10 mg; carvedilol 25mg; ramiprila 2,5 mg; xarope de Fenspirida 2 mg/ml; ▪ Marcação de consulta para 05-04-2011 		
CMG, ♂, 48 anos	Consulta Geral Renovar a baixa por doença natural.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Neoplasia maligna do estômago 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Renovação da baixa por doença natural ▪ Marcação de consulta para 25-03-2011 		
NRF, ♂, 7 anos	Consulta Aberta Contusão da mão esquerda, com ligeiro edema da região do dedo anelar, sem dor à palpação e sem limitação de movimentos		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prescrição de Ibuprofeno suspensão 20mg 		
JMD, ♂, 76 anos	Consulta Geral Vem mostrar endoscopia digestiva baixa.		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Marcação de consulta para 10-03-2011 	Endoscopia digestiva baixa: neoplasia do recto.	Serviço de Cirurgia do Hospital da Povoia de Varzim

CMVS, ♂, 37 anos	Consulta Aberta Dor no joelho esquerdo desde de manhã, sem edema ou limitação de movimentos. Rinorreia purulenta.		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Raio-X 2 incidências pé e joelho; ▪ Prescrição de Azitromicina 500mg; Bromelaína 40 mg 		
JSG, ♂, 79 anos	Consulta de Risco – Hipertensos Controlo da TA	✓ HTA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prescrição de amlodipina 1,5mg; Alopurinol 100mg; ▪ Marcação de consulta para 05-05-2011 		
IAF, ♀, 64 anos	Consulta de Planeamento Familiar Vem mostrar análises clínicas, ECG, ecocardiograma e ecografia abdominal.			Análises clínicas: sem alterações. Restantes exames sem alterações.	

CSSJ

Identificação	Motivos de consulta	Problemas de Saúde	Orientação	Retorno	Reencaminhamento
MF, ♀, 64 anos	Consulta Geral Vem mostrar Mamografia. Tem dores nas pernas e coxas.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ HTA ✓ Dislipidemia ✓ Obesidade ✓ Tromboflebitides ✓ Neoplasia do colo útero 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pedido de osteodensitometria da coluna lombar e colo fêmur. ▪ Prescrição de 160 mg de valsartan + 25 mg de hidroclorotiazida; nebivolol 5mg. ▪ Marcação de consulta para 22-03-2011 	Mamografia – BI-RADS 2, quistos calcificados benignos	
GBL, ♀, 33 anos	Consulta Geral Vem mostrar análises clínicas. Excesso de pêlo na face e acne.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Quisto sebáceo no couro cabeludo ✓ Hirsutismo ✓ Onicomiose 		Análises Clínicas: sem alterações.	Consulta Endocrinologia / Dermatologia
JSR, ♂, 53anos	Consulta Geral Vem mostrar RMN cervical. Tem passado melhor das queixas cervico-braquiais. Tem dores no joelho esquerdo desde há 1 semana após esforço.	✓ Abuso tabaco	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prescrição de celecoxib 200 mg; 	RMN cervical: compressão de várias raízes (C4-C6).	

AMV, ♀, 52 anos	Consulta Geral Vem mostrar Ecocardiograma e Prova de Esforço. Dores no tórax ocasionais. Refere melhora após início da medicação para a HTA. Escorrência mamária	<ul style="list-style-type: none"> ✓ HTA ✓ Excesso de peso ✓ Artrite reumatóide ✓ Neoplasia mamária benigna 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prescrição de celecoxib 200 mg, enalapril 10 mg. ▪ Pedido de Mamografia e Ecografia mamária. ▪ Marcação de consulta quando tiver o resultado dos exames pedidos 	Ecocardiograma: sem alterações. Prova de Esforço: sem alterações.	
DFPM, ♂, 69 anos	Consulta Geral Tem azia, sobretudo quando está deitado. Rinorreia.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ HTA ✓ Dislipidemia ✓ Enterite crônica ✓ EAM ✓ IC 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pedido de análises clínicas. ▪ Prescrição de sucralfato 5 mg; Domperidona 10 mg; Desloratadina 5mg. ▪ Marcação de consulta quando tiver o resultado dos exames pedidos. 		
AAO, ♀, 83 anos	Consulta Geral Foi à consulta de pé diabético: tem uma úlcera na perna esquerda sem sinais infecciosos.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ DM ✓ Nevrite, neuropatia periférica ✓ Úlcera crônica na pele 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Deve fazer penso com Hidrogel em dias alternados. 		Consulta de Cirurgia Vascular
MFNF, ♀, 55 anos	Consulta Geral Vem pedir Ortopantomografia e baixa por doença natural.		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prescrição de baixa por doença natural. 		
AHP, ♂, 64 anos	Consulta Geral Parestesias do dedo médio da mão esquerda.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ HTA ✓ Dislipidemia ✓ Obesidade ✓ Espondilose lombar 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pedido de raio-X à coluna cervical. ▪ Prescrição de pravastatina 20 mg; 100 mg losartan + 12,5 mg de hidroclorotiazida. ▪ Marcação de consulta quando tiver o resultado do exame pedido. 		
AA, ♂, 44 anos	Consulta Geral Sensação de escorrência nasal para a parte posterior da faringe. Dores na coluna dorsal com irradiação para a coxa e dores nos ombros e cotovelos.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ HTA ✓ Abuso tabaco 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pedido de raio-X à coluna dorsal e cotovelos. Ecografia aos cotovelos. ▪ Prescrição de 50 microgramas/pulverização de furoato de mometasona; 10 mg rupatadina. ▪ Marcação de consulta quando tiver o resultado dos 		

			exames pedidos.		
JMF, ♂, 51 anos	Consulta Geral Dores na coluna cervical e ombros. Dejeções moles após refeições. Parestesias nos dedos dos pés.	✓ Abuso tabaco	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pedido de análises clínicas e colonoscopia. ▪ Marcação de consulta quando tiver o resultado dos exames pedidos. 		

Legenda:

- ♀ – Sexo feminino
- ♂ – Sexo masculino
- DM – Diabetes Melitus
- EAM – Enfarte agudo do miocárdio
- ECG – Electrocardiograma
- HTA – Hipertensão Arterial
- IC – Insuficiência cardíaca
- PSOF – Pesquisa de Sangue Oculto nas Fezes
- TA – Tensão Arterial
- RMN – Ressonância Magnética Nuclear

Reflexão sobre um caso da consulta: Hipertensão Arterial de Bata Branca

A.O.F., sexo feminino, 77 anos

A doente tem um registo de Tensões Arteriais (TA) feitas no ambulatório com um esfigmomanómetro digital, a diversas horas do dia e em diversas posições (sentada, em pé e deitada). Nesses registos a sua TA não ultrapassa os 140 mmHg de Pressão Sistólica ou os 90 mmHg de Pressão Diastólica.

Durante a consulta foram realizadas 2 medições da Pressão Arterial nas posições sentada, em pé e deitada. A doente apresentava uma TA (em pé) de 158 mmHg de Pressão Sistólica e 86 mmHg de Pressão Diastólica. Foi proposto o estudo da Pressão

Ao longo de várias consultas pude constatar que muitos doentes apresentavam valores de TA na primeira medição acima de 140 mmHg de Pressão Sistólica ou 90 mmHg de Pressão Diastólica. Nas medições seguintes, após o doente estar mais relaxado, a TA descia, na maioria dos casos, cerca de 10 a 20 mmHg.

A Hipertensão Arterial (HTA) de Bata Branca é um fenómeno no qual os pacientes apresentam elevação da TA em ambiente clínico, mas não noutras configurações.¹

O diagnóstico é dificultado, em resultado de medições não confiáveis através dos métodos convencionais de detecção. Estes métodos geralmente envolvem uma interface com os profissionais de saúde e, frequentemente, os resultados são alterados por uma lista de factores, incluindo a variabilidade individual da pressão arterial, imprecisões técnicas, a ansiedade do paciente,² ingestão recente de substâncias anti-hipertensoras, falar durante a medição, entre outros factores.

O método mais comum de medição da TA é através de um instrumento não invasivo – esfigmomanómetro. Um estudo mostrou que 96% dos médicos de cuidados primários habitualmente usa um manguito de tamanho muito pequeno,³ aumentando a dificuldade em fazer um diagnóstico esclarecido.

A HTA de Bata Branca não pode ser diagnosticada numa consulta padrão. Pode ser reduzida (mas não eliminada) com medições de pressão arterial numa parte mais tranquila do consultório ou clínica.⁴

O estudo da TA no ambulatório com a Monitorização Ambulatória da Pressão Arterial de 24 horas (MAPA) e/ou com a auto-medição com um esfigmomanómetro, está a ser cada vez mais usado para diferenciar as pessoas com HTA de bata branca de outras com HTA Crónica. Isso não significa que estes métodos são irrepreensíveis.

A MAPA é uma técnica através da qual medidas múltiplas e indirectas da pressão arterial podem ser obtidas durante 24 ou mais horas consecutivas, com um mínimo de desconforto, durante as actividades diárias do paciente. A possibilidade de se obter uma curva representativa das variações da pressão arterial, em determinado período, faz com que se possa ter uma visão dinâmica do comportamento tensional e não apenas uma observação, meramente, estática, reflectindo somente o instante em que foi medida a pressão arterial. A utilização da MAPA permite-nos estudar o padrão normal de pressão arterial as lesões em órgãos alvos decorrentes da hipertensão, o prognóstico de eventos cardiovasculares e mortalidade e a análise da eficácia das drogas anti-hipertensivas.⁵

Resultados de estudos recentes mostraram que a auto-medição da TA em casa é tão precisa quanto a MAPA na determinação dos níveis da pressão arterial.⁶

A HTA de Bata Branca pode estar associado a um aumento do risco de lesão de órgão-alvo (por exemplo hipertrofia ventricular esquerda, aterosclerose da artéria carótida, morbidade cardiovascular geral), embora em menor extensão do que os indivíduos com pressões arteriais no consultório e ambulatórias elevadas. Também apresentam maior risco de desenvolver HTA crónica.⁷

Bibliografia

1. <http://emedicine.medscape.com/article/889877-overview>.
2. Jhalani J, Goyal T, Clemow L, Schwartz JE, Pickering TG, Gerin W. Anxiety and outcome expectations predict the white-coat effect. *Blood Press Monit.* 2005 Dec; 10 (6): 317-9.
3. Pickering TG. Blood pressure measurement and detection of hypertension. *Lancet.* 1994 Jul 2; 344 (8914): 31-5.
4. Pickering, TG; Hall, JE; Appel, LJ et al. Recommendations for blood pressure measurement in humans and experimental animals: Part 1: blood pressure measurement in humans: a statement for professionals from the Subcommittee of Professional and Public

Education of the American Heart Association Council on High Blood Pressure Research".
Hypertension 45 (5): 142–61.

5. F. Nobre, D. Mion Jr. MAPA – Monitorização ambulatorial da pressão arterial. *Rev. Assoc. Med. Bras.* Apr./June 1998; 44 (2): 123-126.
6. Niiranen TJ, Kantola IM, Vesalainen R, Johansson J, Ruuska MJ. A comparison of home measurement and ambulatory monitoring of blood pressure in the adjustment of antihypertensive treatment. *Am J Hypertens.* 2006 May; 19 (5): 468-74.
7. Fauci, Braunwald, Kasper, Hauser, Longo, Jameson, Loscalzo, Harrison's Principles of Internal Medicine. 17^a edition: Lisbon: MacGraw-Hill's; 2008. p.1553.

APÊNDICE IV – Algoritmo de Decisão

A obstipação é uma queixa comum na prática clínica e em geral refere-se à defecação difícil, infrequente ou aparentemente incompleta, persistente. Em virtude da ampla faixa de hábitos intestinais normais, é difícil definir a obstipação com precisão.

Com o objectivo de procurar formas mais precisas para o diagnóstico das doenças funcionais do aparelho digestivo, entre as quais se insere a obstipação intestinal, um grupo de especialistas reuniu-se primeiramente em 1988, depois em 1999, e posteriormente em 2006, em Roma.

Crítérios Roma III (2006) para diagnóstico de Obstipação Crónica:

1. Presença de pelo menos dois ou mais sintomas, por 12 semanas, nos últimos seis meses precedentes ao diagnóstico:

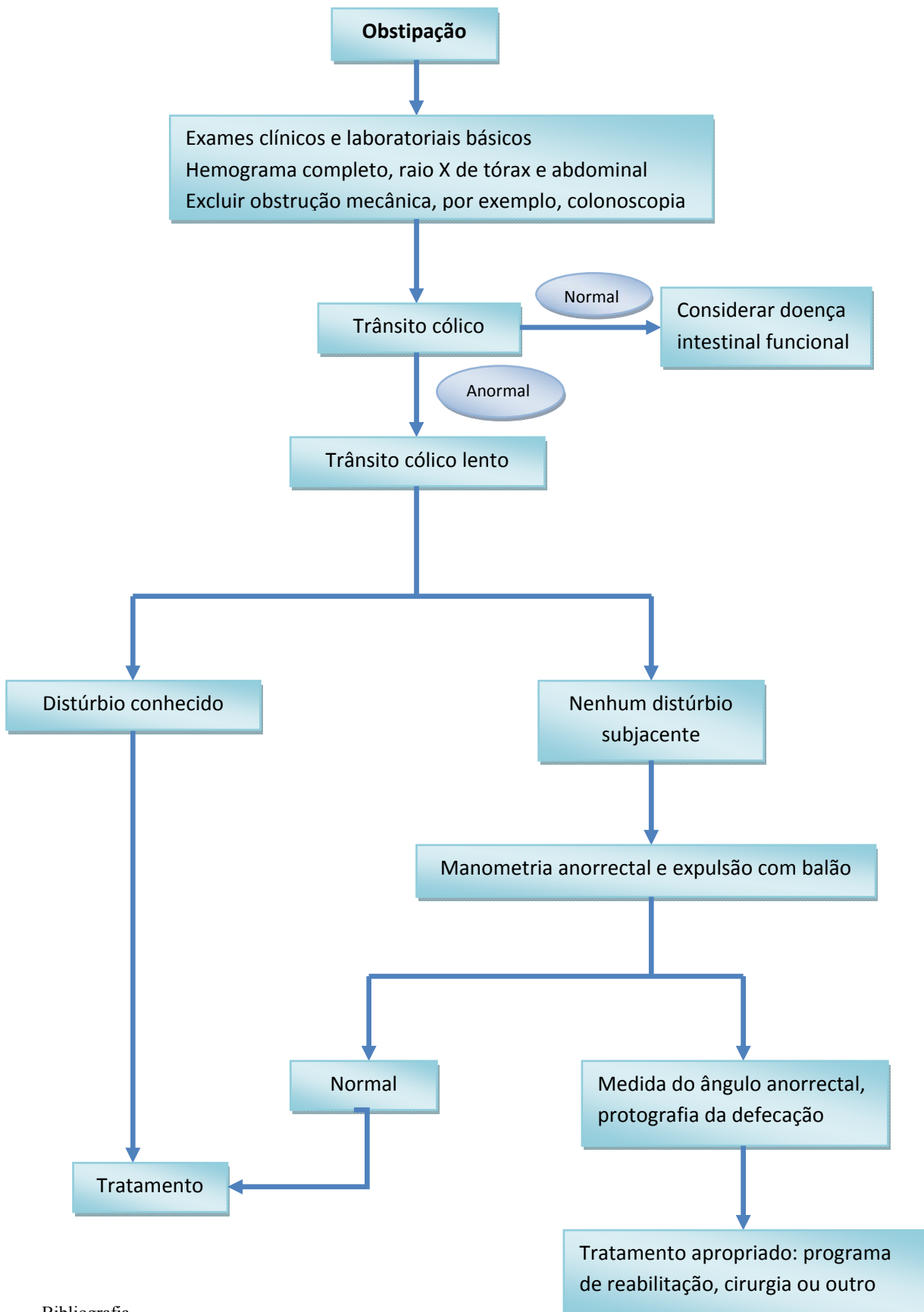
- 3 Evacuações por semana
- Esforço evacuatório em mais de 25% das evacuações
- Fezes endurecidas fragmentadas em mais de 25% das evacuações
- Sensação de evacuação incompleta em mais de 25% das evacuações
- Manobras manuais facilitadoras em mais de 25% das evacuações

2. Fezes macias podem estar presentes, se uso de laxantes.

3. Os critérios para síndrome do intestino irritável são insuficientes.

Depois de se caracterizar a causa da obstipação, pode tomar-se uma decisão quanto ao tratamento a instituir.

Legenda: Algoritmo para o tratamento da Obstipação



Bibliografia

- Fauci, Braunwald, Kasper, Hauser, Longo, Jameson, Loscalzo, Harrison's Principles of Internal Medicine. 17th edition: Lisbon: MacGraw-Hill's; 2008. p.2553-2554.
- Appendix A: Rome III Diagnostic Criteria for Functional Gastrointestinal Disorders. 2006 Electronic citation. www.romecriteria.org

APÊNDICE V – História Clínica

Data e recolha da informação: 16 de Fevereiro de 2011

Local: Centro de Saúde de S. Simão da Junqueira

Fonte: o doente

Fiabilidade da informação: o doente estava consciente e colaborante, garantindo a fiabilidade da informação

Identificação:

Nome: RMUS

Idade: 20 anos

Sexo: masculino

Raça: caucasiana

Estado Civil: solteiro

Naturalidade: Parada

Residência: Parada

Profissão: servente de pedreiro

História médica prévia:

1. Doenças da infância:

- Varicela aos 5 anos;
- Nega outras doenças típicas da infância tais como sarampo, parotidite, rubéola, escarlatina e febre reumática.

2. Doenças anteriores:
 - Refere que teve gripes ao longo da vida, sem saber precisar as datas.
3. Nega doenças crónicas;
4. Nega antecedentes de hospitalizações e cirurgias;
5. Nega antecedentes de traumatismos e acidentes;
6. Alergias: não sabe se tem alguma alergia.
7. Nega antecedentes transfusionais;

Cuidados de saúde habituais:

- Hábitos alimentares: 3 refeições diárias (pequeno-almoço, almoço e jantar), dieta variada, com consumo preferencial de carne; não faz suplementos dietéticos, nem tem intolerância a algum alimento.
- Actividade física: pratica futebol desde os 13 anos, 2 vezes por semana cerca de 2 horas
- Hábitos tabágicos: 3 UMA, fuma desde 17 anos 1 maço/dia
- Hábitos alcoólicos: consome cerca de 7 cervejas, aos fins-de-semana em actividades recreativas.
- Hábitos cafeínicos: consome diariamente um café
- História de consumo de drogas lícitas ou ilícitas: fumou haxixe dos 17 aos 18 anos, 1 a 2 vezes por dia.
- Imunizações: PNV actualizado, não fazendo nenhuma vacina extra-PNV.
- Não faz medicação habitual.

História médica familiar:

- Mãe: 43 anos aparentemente saudável e sem antecedentes patológicos.
- Pai: 45 anos aparentemente saudável e sem antecedentes patológicos.
- Irmã: 13 anos, aparentemente saudável e sem antecedentes patológicos.
- Avô paterno: 70 anos, Hipertensão arterial e dislipidemia. Sem outros antecedentes patológicos.
- Avó paterna: 67 anos, Hipertensão arterial e excesso de peso. Sem outros antecedentes patológicos.
- Avô materno: 68 anos, aparentemente saudável e sem antecedentes patológicos.
- Avó materna: 65 anos, Hipertensão arterial. Sem outros antecedentes patológicos.
- 1 Tio paterno e 2 tios maternos, aparentemente saudáveis e sem antecedentes patológicos.

HISTÓRIA FAMILIAR E SOCIAL

1. BIOPATOLOGIA

Nasceu a 09-01-1991 de parto a termo, eutócico em ambiente hospitalar (no Hospital da Póvoa de Varzim). Gravidez, parto e período neonatal sem complicações ou intercorrências conhecidas.

Até aos 3 anos a mãe é que tomava conta dele, tendo frequentado jardim-de-infância dos 3 aos 6 anos. Gostava de brincar com legos e tinha um bom relacionamento com os colegas. Teve varicela aos 5 anos.

Iniciou ensino primário aos 6 anos e terminou aos 10 anos. Teve uma boa adaptação à escola e refere uma boa relação com os professores. A sua irmã nasce em 1998.

Iniciou o Ensino básico aos 10 anos. Reprovou no 5º, 7º e 9º anos e terminou o Ensino Básico com 18 anos. Nos intervalos costumava estar com os colegas. Refere uma relação sem

problemas com os professores. Aos 14 anos começa a trabalhar aos sábados na oficina de automóveis do pai.

Refere ter iniciado a sua vida sexual aos 16 anos, usando preservativo em todas as relações que manteve.

Fumou haxixe dos 17 aos 18 anos, 1 a 2 vezes por dia. Os seus pais descobriram que consumia haxixe aos 18 anos, o que o levou a terminar o consumo. Fuma tabaco desde os 17 anos (1 maço/dia).

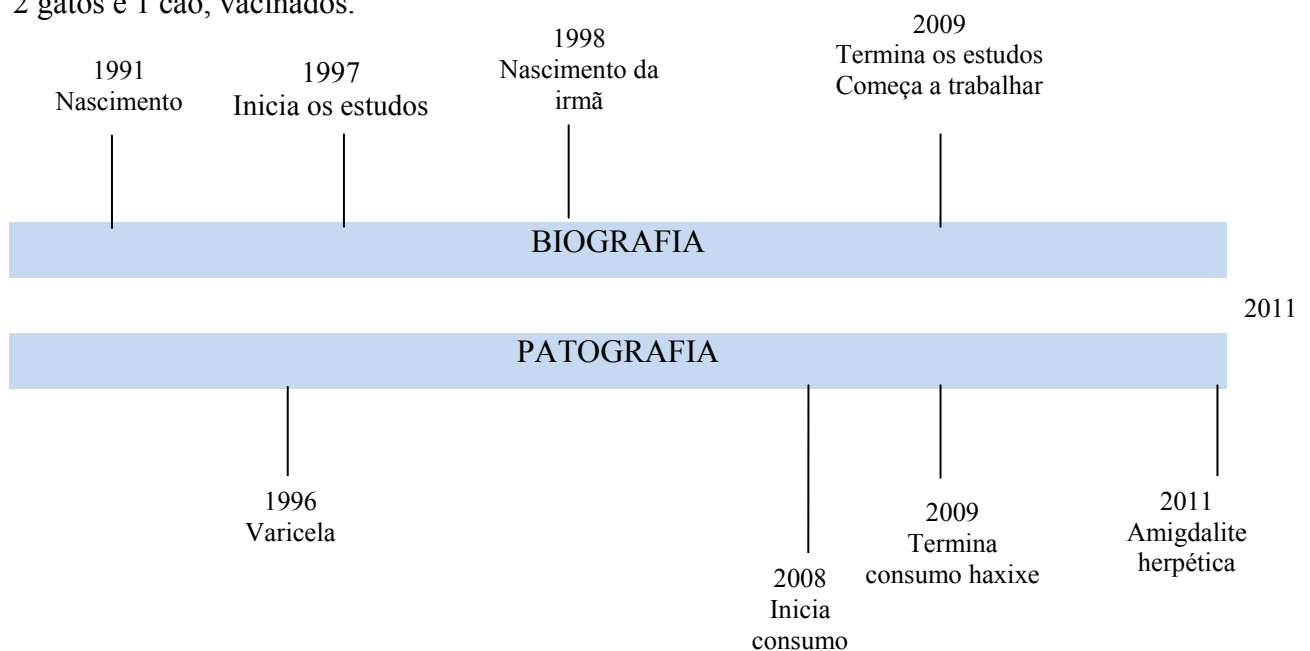
Começou a frequentar discotecas aos sábados à noite aos 17 anos, começando a ingerir álcool, sobretudo cerveja, nessas saídas.

A relação com os pais deteriorou-se após a descoberta do seu consumo de haxixe, o que motivou a diversas discSSões entre eles e a limitação dos seus horários nas saídas à noite.

Concluído o 9º ano escolar, vai trabalhar para a empresa de construção civil do tio como servente de pedreiro, actividade que exerce actualmente. Nunca exerceu outra actividade, apesar de expressar a vontade de ser mecânico de automóveis. Refere ter uma boa relação com o tio e colegas de trabalho.

Actualmente a sua relação com os pais melhorou, apesar de ainda discutirem ocasionalmente, sobretudo devido às suas saídas ao sábado à noite.

Refere ter sido sempre saudável durante a sua vida, não evocando nenhum outro episódio de doença aguda ou acidente. Viveu sempre na mesma casa (casa própria dos pais) com os pais e a irmã com todas as condições: luz, água canalizada, aquecimento e saneamento básico. Tem 2 gatos e 1 cão, vacinados.



2. ÍNDICE DE GRAFFAR ADAPTADO

É uma classificação social; baseia-se em 5 critérios: profissão, nível de instrução, fontes de rendimento familiar, conforto do alojamento e aspecto do local onde vive. A pontuação total obtida identifica a posição social e económica da família.

Pontos	Profissão	Instrução	Fonte de Rendimento Principal	Tipo de Habitação	Local de Residência	Pontuação	Estrato Social
1	Grandes industriais e comerciantes Gestores de topo de grandes empresas e administração pública Profissionais liberais	Doutoramento Mestrado Licenciatura	Propriedade	Luxuosa	Bairro elegante	5 a 9	Classe Alta
2	Médios industriais, comerciantes e agricultores Dirigentes e quadros técnicos das empresas e administração	Bacharelato Curso Superior	Altos Vencimentos Honorários	Espaçosa e confortável	Bom local	10 a 13	Classe Média Alta
3	Pequenos industriais e comerciantes Encarregados e operários qualificados	Curso complementar/ geral do liceu	Vencimentos certos	Bem conservada, com cozinha e WC Electrodomésticos essenciais	Zona antiga	14 a 17	Classe Média
4	Pequenos agricultores Operários semi-qualificados Escriturários	Escolaridade obrigatória	Remunerações incertas	Com cozinha e WC degradada; Sem electrodomésticos essenciais	Bairro social	18 a 21	Classe média baixa
5	Trabalhador indiferenciado	Sem escolaridade obrigatória	Assistência	Imprópria	Bairro de lata	22 a 25	Classe baixa

Profissão: 5

Instrução: 4

Fonte de rendimento principal: 3

Tipo de habitação: 2

Local de residência: 2

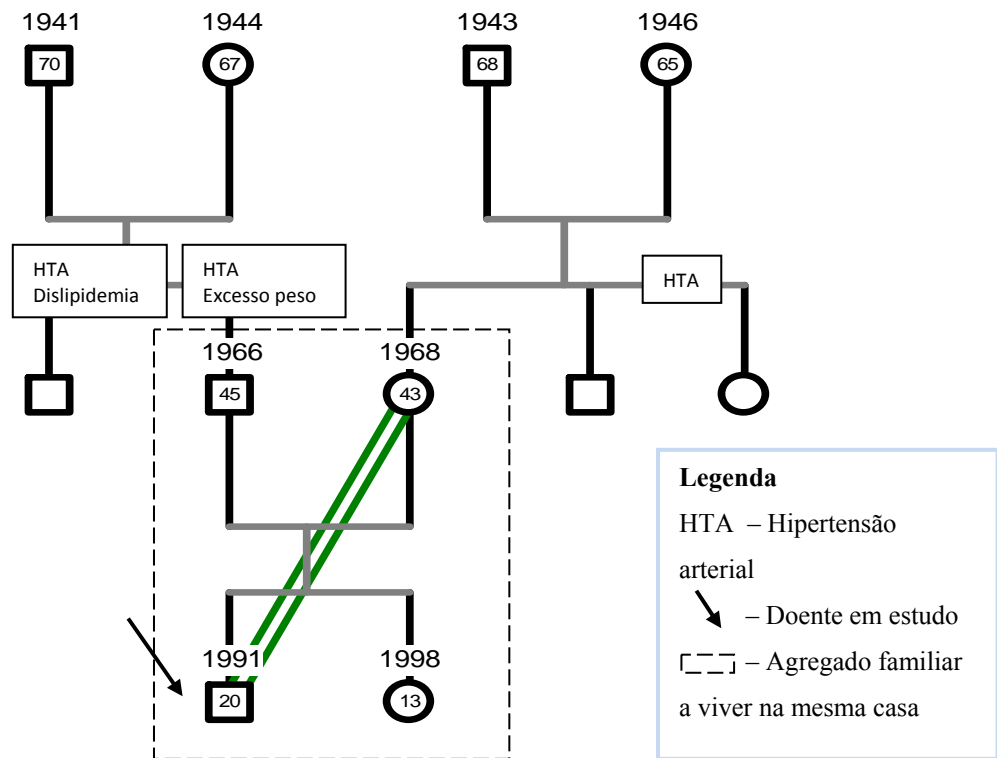
Total: 16

Posição Social: Classe média

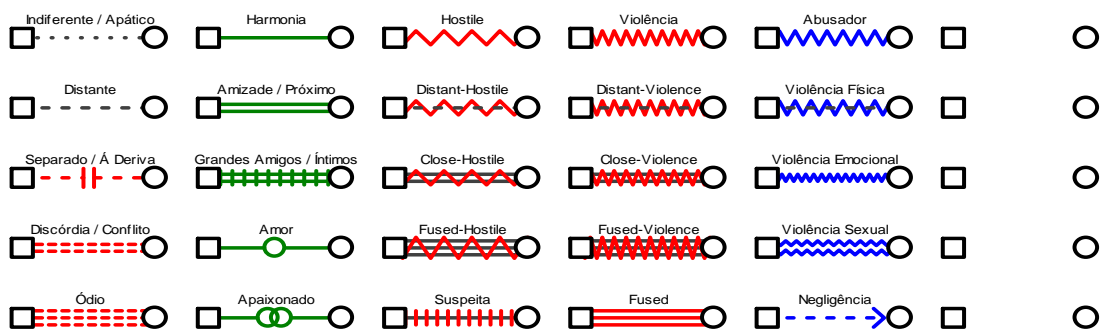
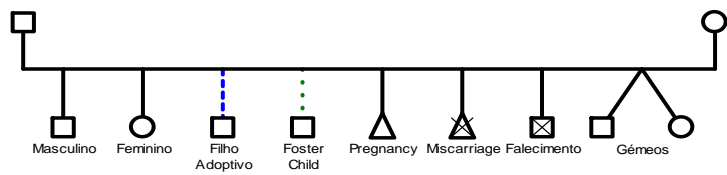
MÉTODOS DE AVALIAÇÃO FAMILIAR

1. GENOGRAMA

Sumariza informação acerca de todos os membros da família e seus relacionamentos ao longo de pelo menos 3 gerações. Permite uma percepção rápida e fácil da estrutura familiar e seus problemas.



Símbolos do Genograma

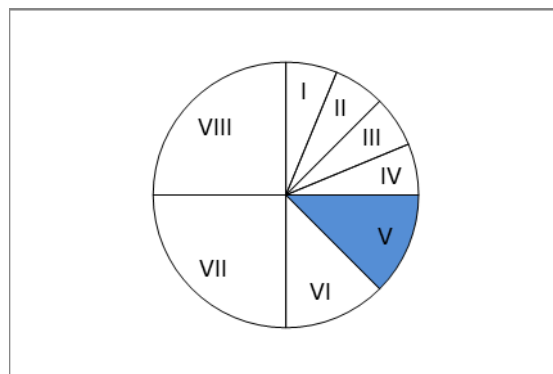


2. CICLO DE VIDA FAMILIAR DE DUVALL

O ciclo de vida familiar é constituído pelas fases ou etapas mais significativas da vida familiar. Os períodos de transição entre as fases são particularmente instáveis, correspondendo a mudanças de organização da família que exigem a adaptação de todos os membros desta. Duvall descreve 8 fases, que vão desde o casamento até à morte de um dos cônjuges, e define para cada fase tarefas específicas a cada indivíduo, que devem ser cumpridas com sucesso de modo a não surgirem mais tarde problemas. O conhecimento do ciclo permite ao médico a prestação de cuidados antecipatórios com base na história natural das doenças e problemas de saúde que são característicos de determinadas fases do ciclo de vida.

FASE	DESCRIÇÃO FAMILIAR
I. Família inicial	Casal sem filhos
II. Família com filhos pequenos	Filho mais velho nascido há menos de 30 meses
III. Família com filhos em idade pré-escolar	Filho mais velho entre 30 meses e 6 anos
IV. Família com filhos em idade escolar	Filho mais velho entre 6 e 13 anos
V. Família com filhos adolescentes	Filhos entre os 13 e 20 anos
VI. Família com filhos adultos jovens	Os filhos saem de casa
VII. Família de meia-idade	Entre a saída do último filho e a reforma
VIII. Família a envelhecer	Desde a reforma à morte dos 2 progenitores

Fase: V. Família com adolescentes



3. APGAR FAMILIAR DE SMILKSTEIN

É um questionário que quantifica a percepção que o doente tem do funcionamento da sua família. É constituído por 5 perguntas que avaliam a adaptação intrafamiliar, a convivência/comunicação, o crescimento/desenvolvimento, o afecto e a dedicação à família. De acordo com a pontuação obtida permite classificar a família como altamente funcional (7 a

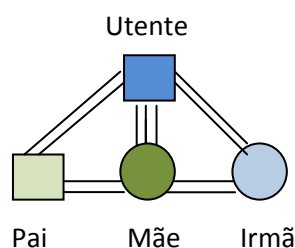
10 pontos), com moderada disfunção (4 a 6 pontos) ou com disfunção acentuada (0 a 3 pontos). A sua aplicação permite ao médico a detecção precoce dos problemas familiares.

APGAR	QUASE SEMPRE (2 pontos)	ALGUMAS VEZES (1 ponto)	QUASE NUNCA (0 pontos)	O QUE AVALIA
Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.		✓		Adaptação
Estou satisfeito pela forma como a minha família discute os assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.	✓			Convivência
Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida.		✓		Crescimento
Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.		✓		Afecto
Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.		✓		Dedicação

TOTAL = 6 pontos; sugere uma família com moderada disfunção.

4. PSICOFIGURA DE MITCHEL

É uma representação da dinâmica familiar. O doente une os elementos do seu agregado familiar através de diferentes tipos de linha com significados pré-estabelecidos.



Legenda

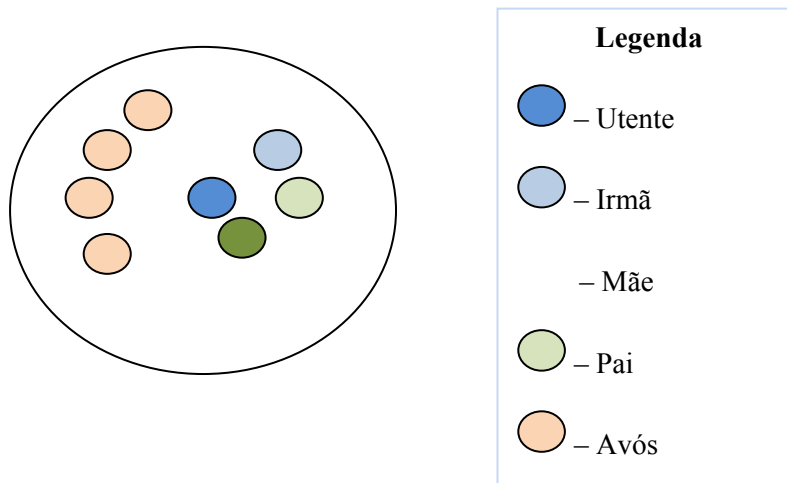
== Boa relação

=== Excelente relação

O agregado familiar é constituído pelo doente, os seus pais e sua irmã. A pessoa com que mantém uma relação mais próxima é sua mãe.

5. CIRCULO FAMILIAR DE THROWER

É um modelo de representação da família efectuado pelo doente. Permite avaliar a importância que têm para si pessoas, familiares ou não, outros seres vivos e objectos que lhe são próximos. Desenha-se um círculo que representa a família e pede-se ao doente que desenhe outros círculos que representam a sua própria pessoa, os seus familiares, outras pessoas importantes, objectos ou animais.



O doente desenhou primeiro a mãe, com quem considera ter a relação mais próxima dentro do agregado familiar. De seguida desenhou o pai e a irmã, com quem considera manter uma boa relação mas não tão próxima como a que mantém com a sua mãe. Por último desenhou os seus avós com quem considera manter boa relação mas não tão próxima com a que mantém com os constituintes do seu agregado familiar.

AVALIAÇÃO CLÍNICA

História da doença actual

No início do mês de Fevereiro inicia quadro de herpes labial, automedicando-se com Zovirax® (pomada de 2 g com 5% de aciclovir). A 6 de Fevereiro acorda com “boca e os lábios inchados” – *sic*. Automedicou-se com Aciclovir 200mg, 1 comprimido por dia. Como o quadro não reverteu, a 9 de Fevereiro dirigiu-se à Unidade de Saúde Familiar de São Simão da Junqueira, onde após observação foi diagnosticado com amigdalite herpética e medicado com Aciclovir 200 mg, 3 comprimidos por dia.

Motivo da consulta

A amigdalite herpética não respondeu à terapêutica anteriormente instituída.

Avaliação pelo Método SOAP

S Exame Subjectivo

O doente tem dores a comer, só conseguindo alimentar-se com refeições pastosas. Não tem ido trabalhar.

O Exame Objectivo

Estado Geral

Doente consciente, colaborante e orientado no tempo e no espaço.

Bom aspecto geral.

Idade aparente coincidente com idade real.

Pele e mucosas coradas, hidratadas e anictéricas.

Sem sinais de dificuldade respiratória.

Dados Antropométricos

Peso: 79 kg

Altura: 1,82 m

IMC: 23,8 kg/m²

Sinais Vitais

Temperatura Axilar: 36,1°C

Frequência cardíaca: 70 bpm

Frequência respiratória: 15 cpm

Tensão Arterial (com esfigmomanômetro manual): 120/70 mmHg

Pulsos arteriais rítmicos, amplos, regulares e simétricos

Auscultação Cardio-Pulmonar

Auscultação cardíaca: S1 e S2 presentes, de intensidade normal. Sem sopros.

Auscultação pulmonar: sons respiratórios presentes bilateralmente e simétricos. Relação

Inspiração/expiração normal. Sem ruídos adventícios.

Abdômen

Mole e depressível, indolor à palpação superficial e profunda. Sem organomegalias ou massas palpáveis. Timpanismo normal. Ruídos hidroaéreos presentes.

Sem edemas periféricos.

Exame neurológico sumário normal.

A Avaliação

Lista de Problemas

Activos: Amigdalite herpética

Passivos: micoses ungueais de repetição.

P Plano

Alteração da terapêutica anteriormente instituída. Inicia Benzilpenicilina benzatínica via IM 24/24h, por 10 dias, e Brivudina 125 mg 1 comprimido por dia, durante 7 dias.

Promoção de estilo de vida saudável.

Marcação de nova consulta para 2 de Março de 2011.

Bibliografia

1. Departamento de Clínica Geral da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Problemas de Família. 1994.
2. Agostinho M, Rebelo L. Família: do conceito aos meios de avaliação. Rev Port Clin Geral 1988 nº 32.
3. Rebelo L. O Genograma familiar: O bisturi do médico de família. Rev Port Clin Geral 2007; 23:309-17.

APÊNDICE VI – Desdobrável de Educação para a Saúde

TROMBOTESTE

Há muitos doentes que tomam medicamentos anticoagulantes, como o Varfine® ou Sintrom®.

O efeito deles é aumentar o tempo que o sangue demora a coagular, para prevenir as trombozes e embolias.





O principal inconveniente é a hemorragia, podendo haver maior sangramento quando se faz uma ferida, se vai ao dentista...Por isso, para evitar estes inconvenientes é importante controlar o INR (velocidade de coagulação).

Este controlo é feito periodicamente, através de análise ao sangue – **Tromboteste**. De acordo com cada resultado é decidida a dose de medicamento que se deve tomar.

Não existem alimentos PROIBIDOS para quem toma estes medicamentos, contudo é importante saber-se quais os que podem alterar o valor do Tromboteste, e que devem ser consumidos moderadamente.





AUMENTO INR

Alguns dos alimentos com os quais contactamos no dia-a-dia aumentam o resultado do Tromboteste – aumentando o risco de sangramento, sendo eles:

- Álcool 
- Alho
- Uvas 
- Manga
- Papaia
- Chá 
- Chá de Hipericão
- Camomila
- Óleos de peixe
- Ginkgo Biloba 

DIMINUIÇÃO INR

Outros alimentos, ao contrário dos anteriores, diminuem o resultado do Tromboteste – aumentando o risco de trombose, sendo eles:

- Alface e Grelos 
- Brócolos
- Couve-galega/ Couve-flor
- Feijão e Ervilhas secas
- Espinafres
- Fígado 
- Gema d ovo
- Grão-de-bico 
- Nabos
- Salsa e Sementes de soja
- Aloé Vera 
- Chá verde

CONSELHOS

A realização do Tromboteste regularmente permite manter o INR dentro dos valores desejados.

Não existem alimentos PROIBIDOS mas para consumir com moderação.

Devem evitar-se chás e produtos de ervanárias sem conselho médico.

A introdução de novos medicamentos deve ser apenas feita por médicos, sem auto-medicação.



Tem dúvidas?



Pergunte ao seu médico



USF S. Simão da Junqueira

Telefone: 252651281

Fax: 252657042

Elaborado: Fevereiro 2011

Tromboteste

e

Alimentação



INTRODUÇÃO

As Doenças Cardiovasculares (DCV) são a primeira causa de morte e hospitalização, em ambos os sexos, na Europa. As mais frequentes são as de origem aterosclerótica, principalmente o AVC, a doença cardíaca isquémica e a insuficiência cardíaca.^{1,2}

O sofrimento e os custos causados por estas doenças, deram-lhes uma marcada preponderância, de tal forma que se podem considerar, hoje, como verdadeiras doenças sociais. Com o seu carácter multidimensional e as suas graves consequências, negativas e directas, para o cidadão, para a sociedade e para o sistema de saúde, determinam que sejam encaradas como um dos mais importantes problemas de saúde pública, se não o mais importante, que urge minorar.³

O AVC é a principal causa de morte, dependência e incapacidade em Portugal. Em 2009 a taxa de mortalidade padronizada por AVC, antes dos 65 anos, apurada para Portugal Continental, foi de 9,5 óbitos por 100 000 habitantes, mantendo-se a tendência de decréscimo verificada nos anos anteriores. A taxa de mortalidade padronizada por AVC antes dos 65 anos diminuiu em 2004-2009, tanto para a população masculina (de 18,3 para 13,0 óbitos/100 000) como para a feminina (de 8,4 para 6,4 óbitos/100 000).⁴

Apesar desta tendência, a mortalidade por AVC abaixo dos 65 anos em Portugal está ainda acima do melhor valor da Europa dos 15 (França: 5,1 óbitos por 100 000 habitantes).⁴ Contudo, uma das metas do Plano Nacional de Saúde 2004/2010 para o AVC, na qual se propunha a redução da taxa de mortalidade padronizada por 100000 habitantes antes dos 65 anos de 17,9 em 2001 para 12 em 2010 deverá ser atingida.

Um estudo prospectivo de base populacional realizado em duas áreas geográficas no Norte de Portugal estimou que a incidência anual de AVC era de 1,81 por 1000 habitantes para a população, 2,02 nas áreas rurais e 1,73 nas áreas urbanas, após ajuste para idade da população padrão Europeia. Apontou, ainda que, na população rural houve um rápido aumento da incidência entre os 55 e os 84 anos, enquanto na população urbana esse aumento foi mais lento e estável.⁵

O AVC é a doença neurológica mais susceptível de ser evitada. É possível diagnosticar e corrigir atempadamente os seus factores de risco vasculares, como a Hipertensão Arterial (HTA), Diabetes, dislipidemias, obesidade, etc., promovendo estilos de vida saudáveis.

Em Portugal existem estudos sobre a prevalência de alguns factores de risco, como a HTA, a diabetes, o tabagismo, o colesterol, a obesidade, a síndrome metabólica, mas nenhum deles permite obter uma estimativa do risco cardiovascular global.¹

A elevada prevalência nacional dos factores de risco das DCV obriga a que se tenha uma especial atenção à sua efectiva prevenção, detecção e correcção.³

OBJECTIVOS

O objectivo principal deste projecto complementar é avaliar a frequência dos factores de risco modificáveis (bem documentados na literatura) do Acidente Vascular Cerebral (AVC) dos utentes observados nas consultas durante o estágio.

MATERIAL E MÉTODOS

É um estudo epidemiológico descritivo transversal, no qual os participantes foram inquiridos por entrevista directa, tendo respondido a um questionário estruturado (Apêndice VIII).

O questionário foi elaborado com base no inquérito da Organização Mundial de Saúde “WHO STEPS – Chronic Disease Risk Factor Surveillance”. Este contém variáveis agrupadas em 2 tipos: dados sócio-demográficos e factores de risco modificáveis (bem documentados na literatura).

Os dados demográficos recolhidos foram o sexo e a idade. Os factores de risco modificáveis (bem documentados na literatura) utilizados são factores definidos pela American Heart Association/American Stroke Association (AHA/ASA)⁶. Estes incluem HTA, tabagismo, diabetes, dislipidemia, anemia falciforme, terapia hormonal pós-menopausa, uso de anticoncepcionais orais, maus hábitos alimentares, inactividade física, obesidade e DCV (fibrilação auricular, estenose carotídea, arritmias cardíacas, endocardite, doença coronária, doença valvular, cardiomiopatia dilatada, colocação prévia de próteses valvulares cardíacas ou pacemaker e antecedentes de cirurgia de bypass coronário).

Os questionários foram aplicados durante as consultas médicas presenciadas nas US onde decorreu o estágio.

Participaram no estudo utentes de consultas médicas presenciadas nas US de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos, constituindo duas amostras de conveniência. Os objectivos do estudo foram explicados de modo a que os inquiridos pudessem dar o seu consentimento oral para participar no estudo.

A informação dada pelos inquiridos, que incluía o diagnóstico de DCV e de factores de risco de AVC, foi verificada objectivamente através dos registos médicos existentes no Sistema de Apoio ao Médico (SAM) e Higia (CSSJ).

Para a análise estatística utilizou-se o programa informático Microsoft Excel 2007[®].

RESULTADOS

A amostra da USFSSJ é constituída por 89 indivíduos, 67,42% dos quais são do sexo feminino e 32,58% são do sexo masculino. A amostra do CSSJ inclui 39 indivíduos, 46,15% dos quais são do sexo feminino e 53,85% são do sexo masculino.

No Gráfico 1 encontra-se a distribuição etária dos inquiridos. A classe etária predominante é a dos 55 aos 64 anos, para ambas as US. De salientar, que no CSSJ só há inquiridos com mais de 25 anos.

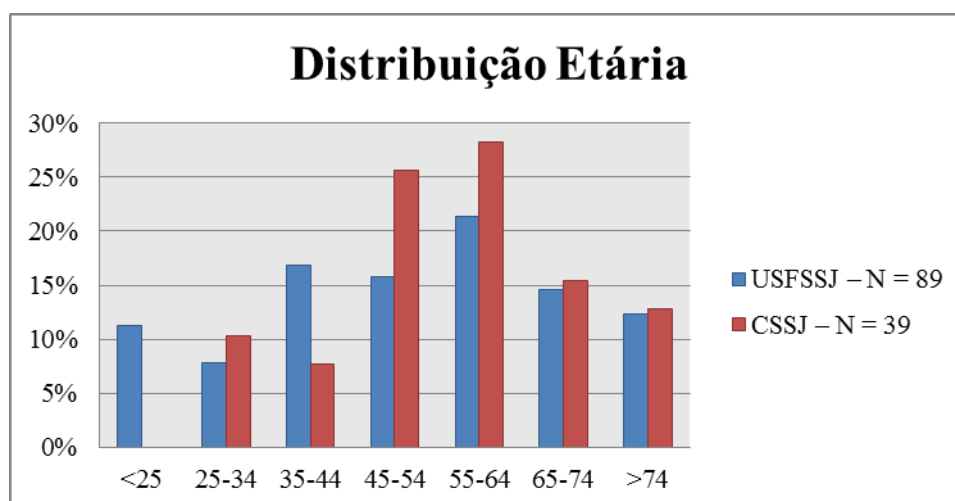


Gráfico 1. Distribuição etária dos inquiridos

Nos Gráfico 2 está representada a frequência dos factores de risco das amostras.

Os factores de risco, ordenados do mais para o menos frequente, nas amostras são: inactividade física, maus hábitos alimentares, HTA, dislipidemias, diabetes, obesidade, tabagismo e DCV.

A HTA, o tabagismo, a diabetes e a inactividade física são mais frequentes no CSSJ. Os restantes factores de risco são mais frequentes na USFSSJ. Com excepção do uso de anticoncepcionais orais, que tem a mesma incidência nas duas US. Não foram registados casos de anemia falciforme ou uso de terapia hormonal pós-menopausa nas duas US. A frequência dos factores de risco para cada US e sexo está descrita no Apêndice XI.

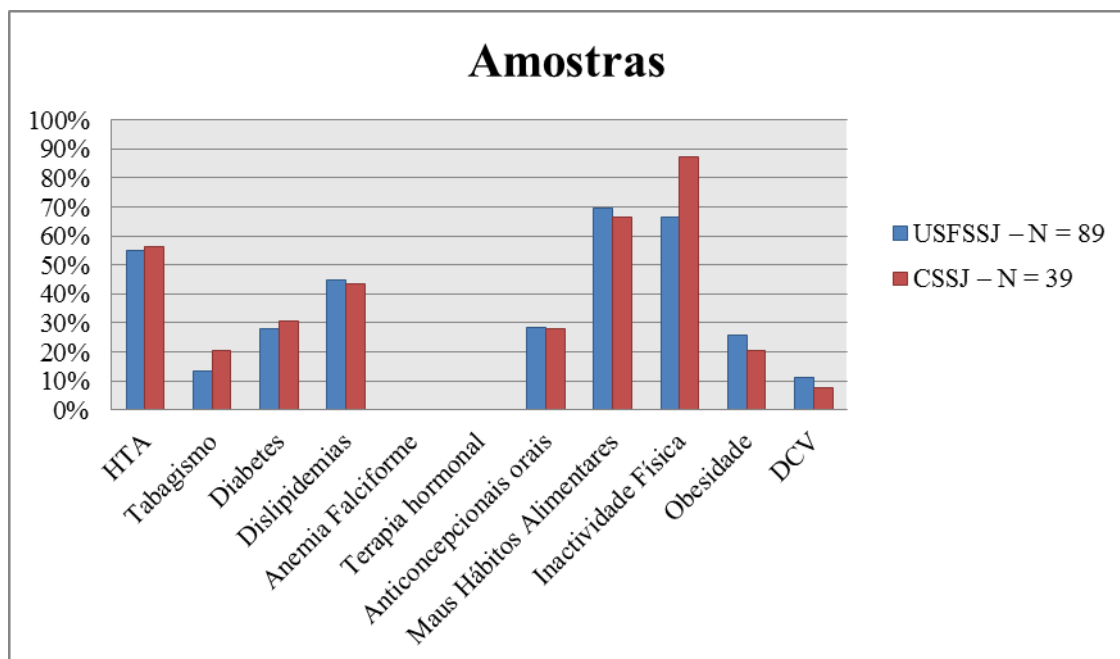


Gráfico 2. Frequência dos factores de risco nas amostras

Nos Gráficos 3 e 4 está representada a frequência dos factores de risco para cada sexo.

Todos os factores de risco são mais elevados no sexo masculino, com excepção da obesidade para ambas as US e as dislipidemias no caso do CSSJ.

Para os indivíduos do sexo feminino, em ambas as US, mais de 50% das inquiridas tinham como factores de risco maus hábitos alimentares e inactividade física. Adicionalmente, no CSSJ apresentavam também HTA e dislipidemias.

No caso dos indivíduos do sexo masculino, em ambas as US, mais de 50% dos inquiridos tinham como factores de risco a HTA, maus hábitos alimentares e inatividade física. Os homens da USFSSJ têm adicionalmente dislipidemias.

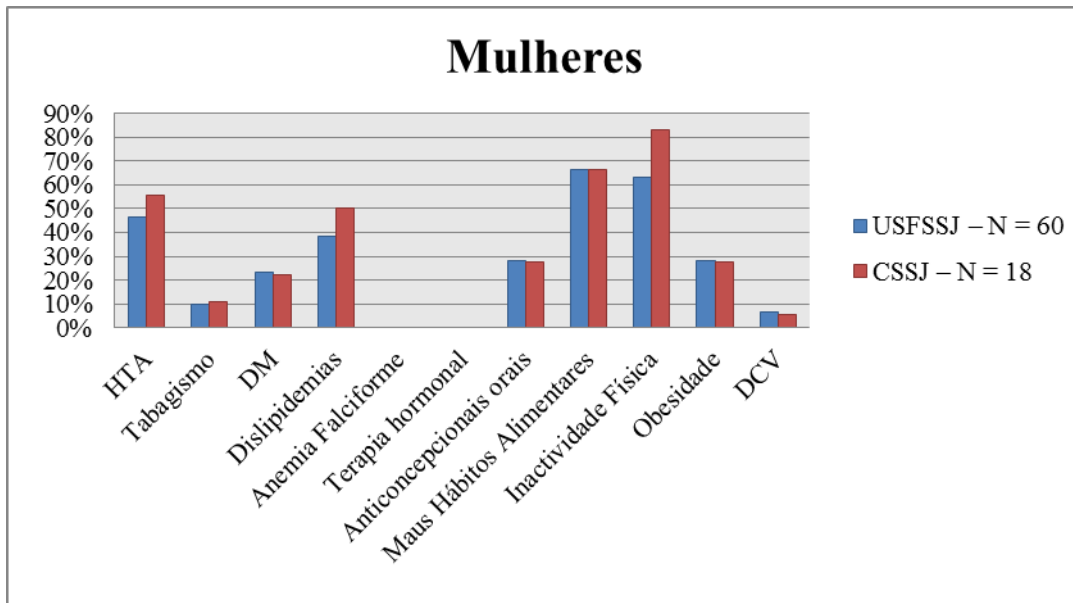


Gráfico 3. Frequência dos factores de risco para sexo feminino

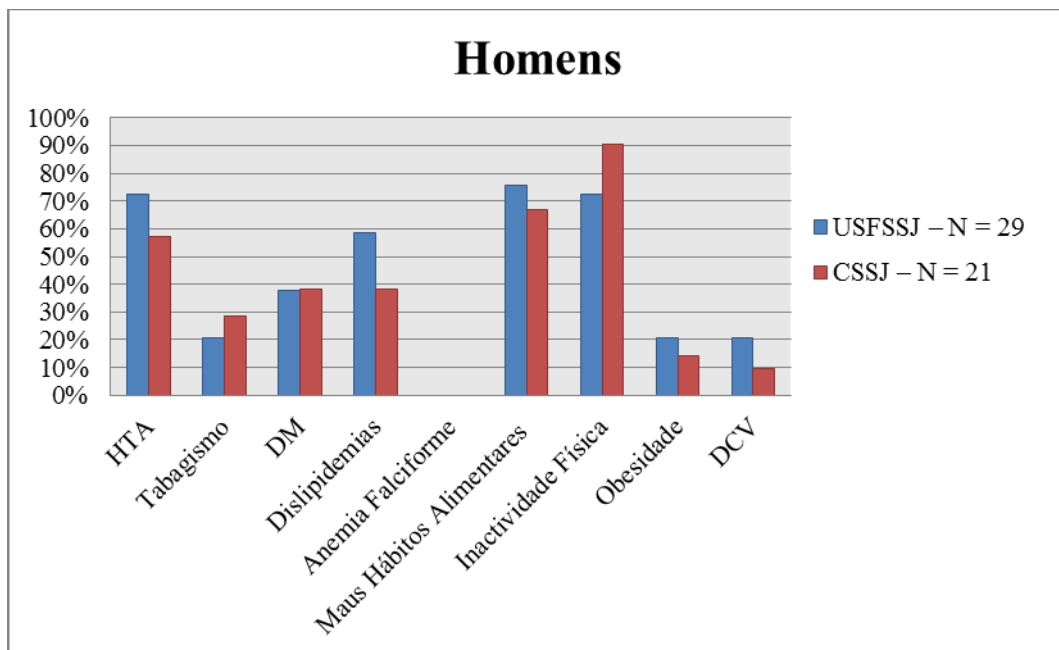


Gráfico 4. Frequência dos factores de risco para sexo masculino

Nos Gráficos 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 e 13 estão descritas as frequências de cada factor de risco por faixas etárias.

A HTA (Gráfico 5) surge em inquiridos com mais de 25 anos, aumentando progressivamente de frequência até à faixa etária dos 55 aos 64 anos, onde tem um valor máximo de 41% para USFSSJ e de 32% para o CSSJ, diminuindo nas faixas etárias seguintes.

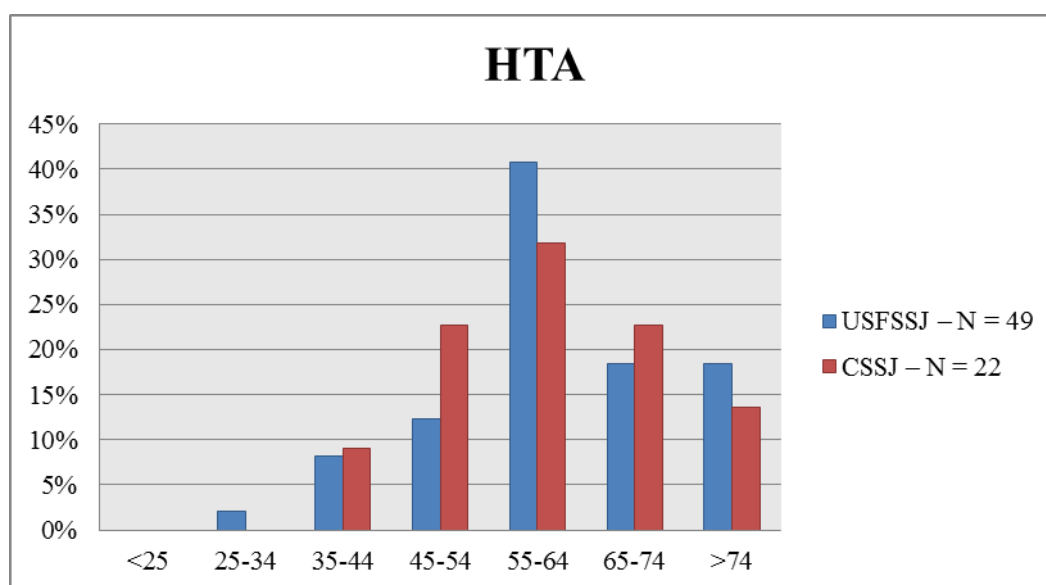


Gráfico 5. Frequência da HTA por faixas etárias

Em relação ao tabagismo (Gráfico 6), para USFSSJ, 42% dos fumadores pertencem à faixa etária com menos de 25 anos, diminuído a frequência até à faixa etária dos 64 aos 75 anos. De notar que não existem fumadores na faixa etária dos 44 aos 54 anos. Para o CSSJ, há registo de fumadores entre os 25 e os 64 anos, 38% dos quais pertencem à faixa etária dos 44 aos 54 anos.

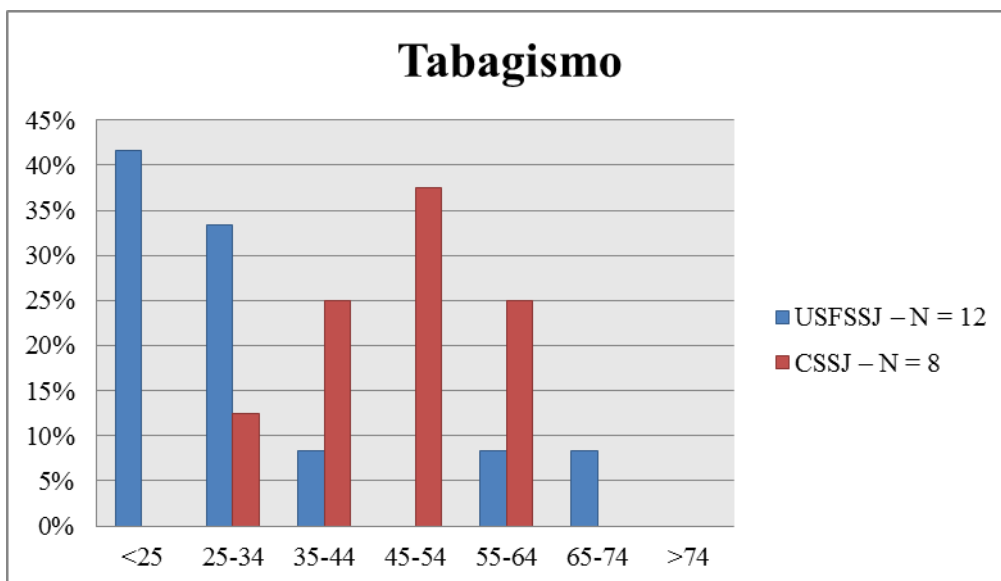


Gráfico 6. Frequência do Tabagismo por faixas etárias

Relativamente à Diabetes (Gráfico 7), na USFSSJ, afecta inquiridos a partir dos 25 anos, enquanto no CSSJ apenas há registo a partir dos 45 anos. Ambas as US têm frequência máxima desta patologia na faixa etária dos 55 aos 64 anos, 36% na USFSSJ e 42% no CSSJ.

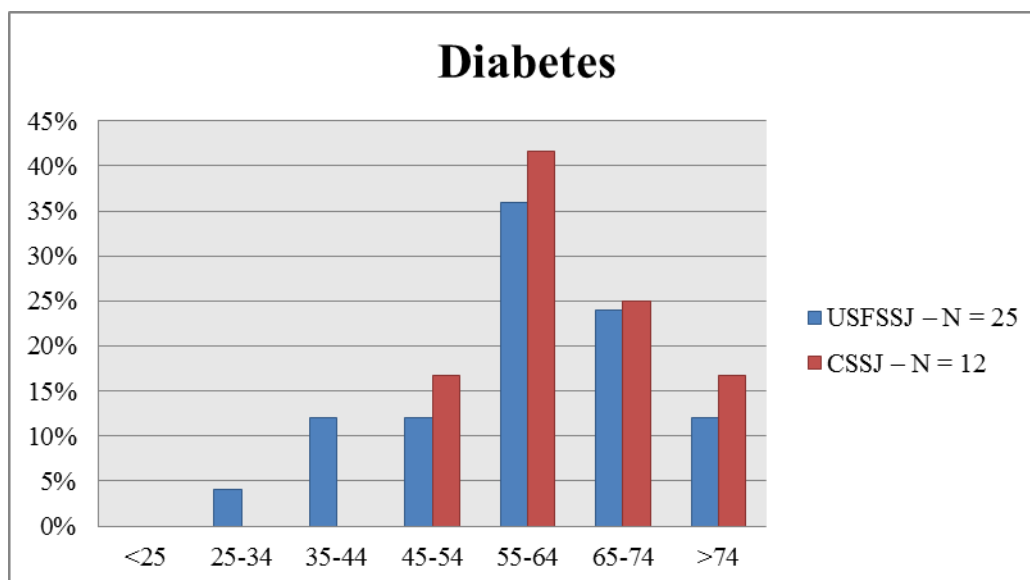


Gráfico 7. Frequência da Diabetes por faixas etárias

No que diz respeito às dislipidemias (Gráfico 8), na USFSSJ, está presente em inquiridos a partir dos 25 anos, enquanto no CSSJ apenas há registo a partir dos 35 anos. Ambas as US

têm frequência máxima deste factor de risco na faixa etária dos 55 aos 64 anos, 35% na USFSSJ e 47% no CSSJ.

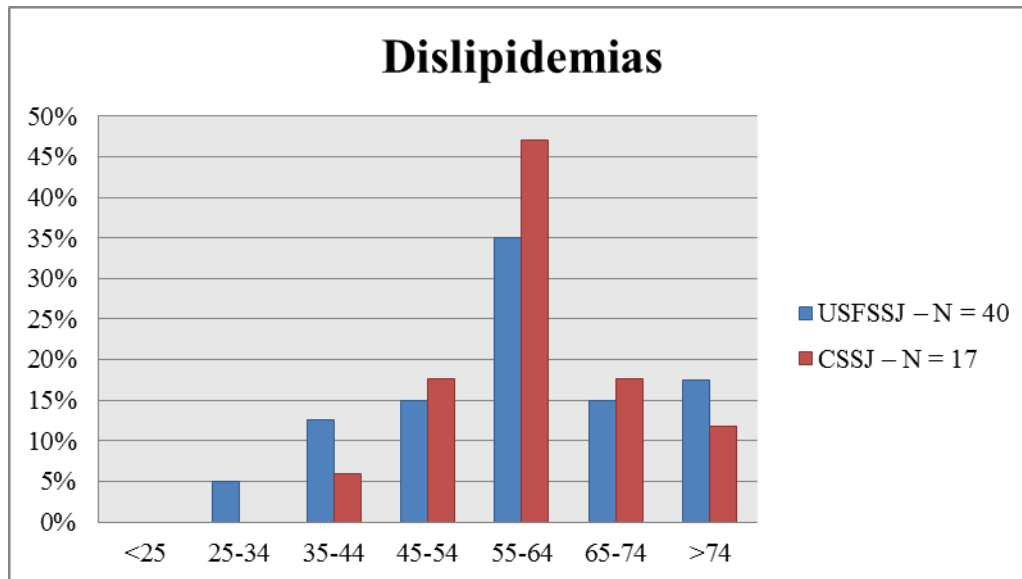


Gráfico 8. Frequência das dislipidemias por faixas etárias

Há registo de uso de anticoncepcionais orais (Gráfico 9), na USFSSJ, em mulheres na faixa etária menos de 25 anos até aos 54 anos. A maioria das utilizadoras deste método anticoncepcional pertence às faixas etárias menos de 25 anos (35%) e entre os 34 e 44 anos (35%). No caso do CSSJ há registo de uso de contraceptivos orais a partir dos 25 anos até aos 54 anos. A maioria das utilizadoras pertence às faixas etárias dos 25 aos 34 anos (40%) e entre os 34 e 44 anos (40%).

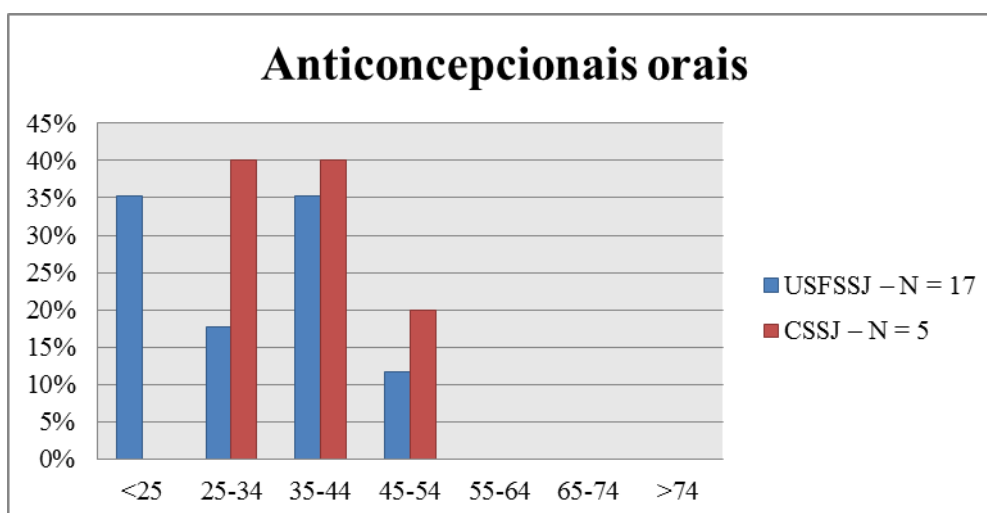


Gráfico 9. Frequência do uso de anticoncepcionais orais por faixas etárias no sexo feminino

Quanto aos maus hábitos alimentares (Gráfico 10), na USFSSJ, eles existem a partir de indivíduos com menos de 25 anos, tendo frequência máxima na faixa etária do 55 aos 64 anos (24%). No CSSJ, existem a partir dos 25 anos, tendo incidência máxima na faixa etária do 45 aos 54 anos (31%).

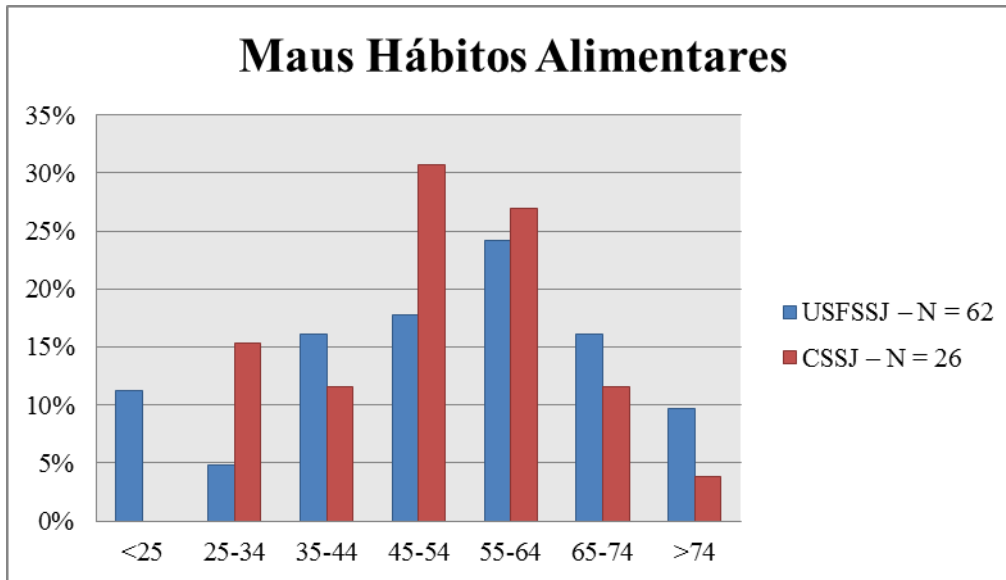


Gráfico 10. Frequência dos maus hábitos alimentares por faixas etárias

Em relação à inatividade física (Gráfico 11), na USFSSJ, está presente em inquiridos com menos de 25 anos, enquanto no CSSJ está presente a partir dos 25 anos. Ambas as US têm frequência máxima deste factor de risco na faixa etária dos 55 aos 64 anos, 25% na USFSSJ e 26% no CSSJ.

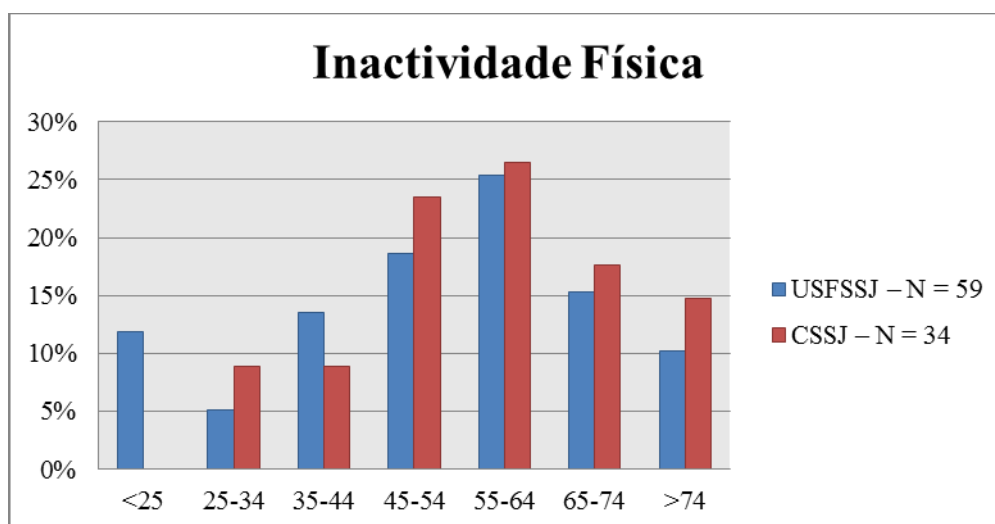


Gráfico 11. Frequência da inactividade física por faixas etárias

A obesidade (Gráfico 12), na USFSSJ, está presente em inquiridos com menos de 25 anos, enquanto no CSSJ apenas há registo a partir dos 45 anos. Ambas as US têm frequência máxima deste factor de risco na faixa etária dos 55 aos 64 anos, 39% na USFSSJ e 50% no CSSJ. De notar que este factor de risco também existe em indivíduos com mais de 74 anos apenas na USFSSJ.

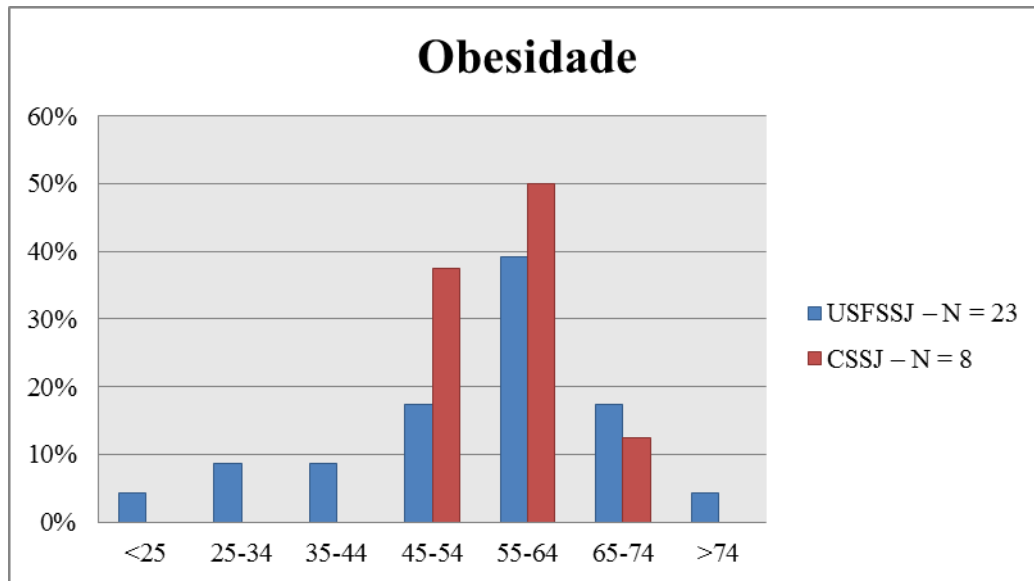


Gráfico 12. Frequência da obesidade por faixas etárias

Quanto às DCV (Gráfico 13), na USFSSJ, afecta indivíduos a partir dos 35 anos, tendo uma frequência máxima na faixa etária dos 55 aos 64 anos (30%). Enquanto no CSSJ apenas afecta indivíduos a partir dos 65 anos, tendo frequência máxima na faixa etária dos 65 aos 74 anos (67%).

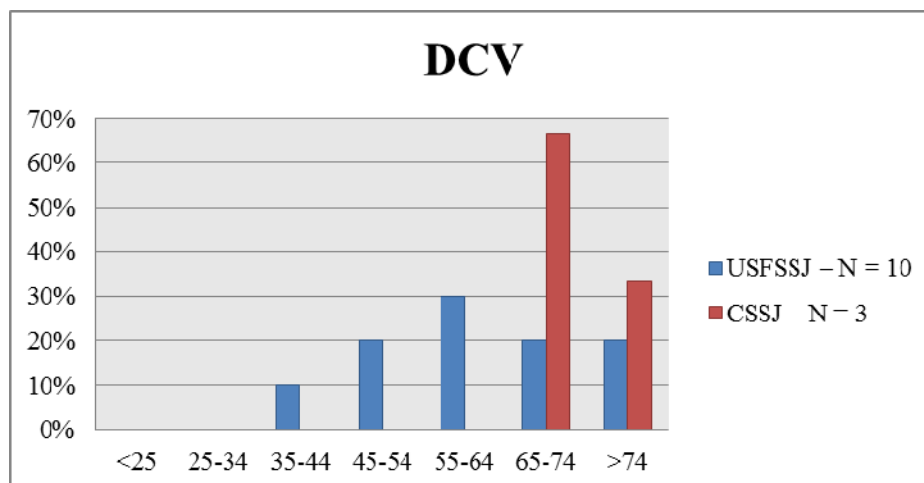


Gráfico 13. Frequência de DCV por faixas etárias

DISCUSSÃO

Este projecto apresenta diversas limitações. Relativamente às características demográficas da amostra, estas não garantem uma representação da população, pois não são correspondentes com as pirâmides etárias das US. O facto de o método de selecção não ter sido aleatório, é também uma limitação para a representatividade da amostra, limitando por sua vez a validade externa do estudo.

Relativamente ao sexo predominante, este não é compatível no caso do CSSJ. No entanto, como a colheita de informação se procedeu unicamente em consultas, temos de ter em conta que, segundo resultados do último Inquérito Nacional de Saúde, até aos 45 anos, a maioria dos residentes em Portugal que consultou um médico fê-lo apenas uma vez, sendo que a partir desse grupo etário as pessoas referiram frequências de duas, três e quatro ou mais consultas por trimestre. Este facto é congruente com os resultados obtidos quanto à distribuição etária da amostra.

O número reduzido de participantes pertencente ao CSSJ resulta de diversos factores: o orientador do CSSJ divide parte dos utentes que tem a cargo com duas internas de MGF de quem é tutor, e houve menos dois dias de consultas no CSSJ relativamente à USFSSJ, devido a um feriado e a um dia em que se realizou apenas procedimentos de enfermagem.

Pelo facto de no CSSJ só haver inquiridos com mais de 25 anos, a presença de factores de risco abaixo desta faixa etária não está quantificada.

A frequência dos factores de risco por sexo não vai de encontro a resultados obtidos noutros estudos realizados previamente, como o Estudo AMALIA ou o Inquérito Nacional de Saúde, nos quais se verifica que a maioria dos factores de risco são mais comuns no sexo feminino, com excepção do tabagismo e maus hábitos alimentares. As situações em que os resultados estão de acordo são no tabagismo, obesidade e dislipidemias no CSSJ.

Quanto à distribuição dos factores de risco por faixas etárias, a maioria dos resultados obtidos estão de acordo com os resultados desses estudos. As excepções são o tabagismo e uso de anticoncepcionais orais na USFSSJ e DCV no CSSJ.

Apesar das limitações do estudo conseguimos compreender que determinados factores de riscos são muito prevalentes na população portuguesa.

A promoção da saúde é a estratégia mais rentável em termos de ganhos de saúde, através de uma sensibilização permanente para a adopção de estilos de vida mais saudáveis e para a prevenção primordial dos factores, atitudes e comportamentos de risco cardiovascular.²

O especialista de MGF desempenha um papel fundamental na educação para a saúde e bem-estar da comunidade.

BIBLIOGRAFIA

1. Macedo A, Santos A, Rocha E, Perdigão C. Percepção da Doença Cardíaca e Cerebral e dos Factores de Risco Cardiovasculares em Portugal: Estudo AMALIA. Rev Port Cardiol 2008; 27 (5): 569-580.
2. Perdigão C. Factores de risco em Portugal – O que sabemos? Que percepção temos: estudo AMALIA. Apresentação ao XXX Congresso Português de Cardiologia, Vilamoura; Abril 2009

3. Direcção Geral de Saúde. Programa Nacional de prevenção e controlo das doenças cardiovasculares. Despacho nº 16415/2003 (II série) – D.R. nº. 193 de 22 de Agosto de 2003. 22 p.
4. Ministério da Saúde. Mortalidade por acidente vascular cerebral antes dos 65 anos. [Online]. 2010. Disponível em: URL: <http://www.aUS.min-saude.pt/pns/doencas-cardiovasculares/mortalidade-por-acidente-vascular-cerebral-antes-dos-65-anos/>. Acedido em Fevereiro 18, 2011.
5. Correia M, Silva MR, Matos I, Magalhães R, Lopes JC, Ferro JM, Silva MC. Prospective Community-based study of Stroke in Northern Portugal: incidence and case fatality in rural and urban populations. *Stroke* 2004; (35): 2048- 2053.
6. Goldstein LB, Adams R, Alberts MJ, Appel LJ, Brass LM, Bushnell CD, Culebras A, DeGraba TJ, Gorelick PB, Guyton JR, Hart RG, Howard G, Kelly-Hayes M, Nixon JV, Sacco RL. Primary Prevention of Ischemic Stroke: A guideline from the AHA/ASASC. *Stroke* 2006; 37:1583-1633.

APÊNDICE VIII

QUESTIONÁRIO

1. Idade _____ Sexo F M

2. Factores de risco modificáveis

Hipertensão arterial

TA sistólica \geq 140 mmHg; TA diastólica \geq 90 mmHg

Medicado com anti-hipertensor

Fumador(a)

Diabetes

\geq 6.1mmol/L (110mg/dl)

Tratamento com insulina ou anti-diabéticos orais

Dislipidemia

Hipercolesteremia

Colesterol total > 240 mg/dL

Medicação para Hipercolesteremia

Baixos níveis colesterol-HDL: <40 mg/dL no sexo F; <45 mg/dL no sexo M

Anemia falciforme

Terapia hormonal pós-menopausa

Uso de contraceptivos orais

Dieta

< 5 doses de fruta ou vegetais por dia

Elevado consumo de sal

Inactividade física

\leq 3 dias de actividade física intensa ou vigorosa \geq 20min/dia

\leq 5 dias de actividade física moderada ou caminha \geq 30min/dia

Obesidade (IMC \geq 30 kg/m²)

Peso _____

Altura _____

Doenças cardiovasculares

APÊNDICE IX

Factor de Risco	Frequência (%)					
	USFSSJ			CSSJ		
	Amostra	♀	♂	Amostra	♀	♂
HTA	55 %	47 %	72 %	56 %	56 %	57 %
Tabagismo	13 %	10 %	21 %	21 %	11 %	29 %
Diabetes	28 %	23 %	38 %	31 %	22 %	38 %
Dislipidemias	45 %	38 %	59 %	44 %	50 %	38 %
Uso anticoncepcionais orais	28 %		-	28 %		-
Maus hábitos alimentares	70 %	67 %	76 %	67 %	67 %	67 %
Inatividade física	66 %	63 %	72 %	87 %	83 %	90 %
Obesidade	26 %	28 %	21 %	21 %	28 %	14 %
DCV	11 %	7 %	21 %	8 %	6 %	10 %

Tabela 1. Distribuição dos factores de risco nas amostras

