



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2010/2011

Joana Afonso Ribeiro

Relatório de Estágio Profissionalizante em Medicina Comunitária

Abril, 2011

FMUP



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Joana Afonso Ribeiro

Relatório de Estágio Profissionalizante em Medicina Comunitária

Mestrado Integrado em Medicina

Área: Medicina Comunitária

Trabalho efectuado sob a Orientação de:

Prof. Doutor José Frey Ramos

Abril, 2011

FMUP

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

Eu, **Joana Afonso Ribeiro**, abaixo assinado, nº mecanográfico **050801209**, 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, 18/04/2011

Assinatura: Joana Afonso Ribeiro

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: Joana Afonso Ribeiro

Endereço electrónico: med05209@med.up.pt **Telefone ou Telemóvel:** 967965577

Número do Cartão do Cidadão: 13251033

Título do Relatório de Estágio Profissionalizante:

Relatório de Estágio Profissionalizante em Medicina Comunitária

Orientador:

Prof. Doutor José Alberto Frey Ramos

Ano de conclusão: 2011

Designação da área do projecto: Medicina Comunitária.

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

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 18/04/2011

Assinatura: joana Afonso Ribeiro

AGRADECIMENTOS

- À Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e aos meus Professores, aos quais agradeço por todos os meus anos de formação médica;
- À disciplina de Medicina Comunitária por me ter permitido expandir horizontes na percepção do doente, família e comunidade;
- Ao orientador e tutores do estágio pelo apoio prestado;
- Aos meus colegas, amigos e família.

TÍTULO

Relatório de Estágio Profissionalizante.

RESUMO

O presente relatório de estágio profissionalizante (REP) pretende descrever as actividades desenvolvidas no âmbito do estágio de Medicina Comunitária, que decorreu no Centro de Saúde de São João (CSSJ) e na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados dos Arcos de Valdevez (UCSPAV).

A Medicina Geral e Familiar (MGF) insere-se no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), o elemento-chave de um sistema de saúde. Salientar-se-á o papel dos CSP para a saúde das populações, assim como para a formação médica.

Os principais objectivos deste relatório são caracterizar as duas Unidades de Saúde (em termos de moldes organizacionais, espaço físico, serviços prestados, recursos humanos e informáticos e comunidade abrangida), e descrever as actividades desenvolvidas pela discente durante o estágio.

Serão então descritas as experiências vivenciadas na consulta médica, de enfermagem, actividades no exterior, seminários e formação (Centro de detecção precoce do VIH-SIDA no Porto). Serão também abordados os trabalhos desenvolvidos, dos quais se destaca o estudo observacional com o título *“Consumo de substâncias com acção no Sistema Nervoso Central: os ansiolíticos e o álcool”*.

Os CSP e a MGF são áreas médicas muito abrangentes, com características específicas, e que permitem manter um sistema de saúde saudável e acessível à população. Têm uma importância relevante na formação médica e na manutenção da saúde das populações.

Palavras-chave: Cuidados de Saúde Primários, Medicina Geral e Familiar, Unidade de Saúde, Medicina Comunitária

TITLE

Report on Professional Internship.

ABSTRACT

The present Professional Internship Report is intended to describe the activities carried out during the stage of Community Medicine, held in Centro de Saúde de São João (CSSJ) and Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados dos Arcos de Valdevez (UCSPAV).

Family Medicine (FM) and its activities are included in Primary Health Care (PHC), the key element of a health system. It will be discussed the role of PHC for the health of the populations and for medical education.

One of the goals of this internship report will be the comparison between both institutions (CSSJ and UCSPAV), concerning their organization models, physical characteristics, services provided, human and informatics resources and community served).

In terms of the activities developed by the student, the experiences in the medical consultation, nursing, exterior activities, seminars and formation ("Centro Precoce de detecção do VIH-SIDA") will be described. The papers developed during the internship will also be referred, among these one particular observational study entitled: "*Consumption of substances with action in the Central Nervous System: anxiolytics and alcohol*".

PHC and FM are very wide medical fields, with specific characteristics, which are able to maintain a healthy health system and can be easily accessed by the population. They have a major importance in medical formation and in maintaining health in the population.

Key-words: Primary Health Care, Family Medicine, Health Unit, Community Medicine

ÍNDICE

Lista de Abreviaturas e Siglas	Pág. 1
Lista Tabelas e Figuras	Pág. 2
1. Introdução e enquadramento	Pág. 3
2. Objectivos	Pág. 3
3. Os Cuidados de Saúde Primários	Pág. 4
4. Caracterização das Unidades de Saúde	
a. Modelos organizacionais	Pág. 5
b. Espaço físico	Pág. 6
c. Serviços prestados	Pág. 8
d. Recursos humanos e informáticos	Pág. 10
e. Comunidade abrangida	Pág. 11
5. Actividades desenvolvidas	Pág. 14
6. Conclusão	Pág. 17
7. Bibliografia	Pág. 18

Apêndices

Apêndice I - *Registo de dias de Consulta Módulo Urbano*

Apêndice II – Reflexão “*O Papel do Médico de Família na adesão à terapêutica e ao exercício físico*”

Apêndice III - Panfleto informativo “*Cancro do Pulmão*”

Apêndice IV - *Registo de dias de Consulta Módulo Rural*

Apêndice V - Fluxograma de decisão “*Dispepsia*”

Apêndice VI – História Clínica

Apêndice VII – Trabalho complementar: “*Consumo de substâncias com acção no Sistema Nervoso Central: os ansiolíticos e o álcool*”

Resumo

Introdução

Materiais e Métodos

Resultados

Discussão

Conclusão

Bibliografia

Apêndice VIII – Inquérito

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<i>ACES</i>	Agrupamento de Centros de Saúde
<i>CS</i>	Centro(s) de Saúde
<i>CSP</i>	Cuidados de Saúde Primários
<i>CSSJ</i>	Centro de Saúde de São João
<i>Dr.</i>	Doutor (Licenciatura)
<i>ECG</i>	Electrocardiograma
<i>FMUP</i>	Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
<i>IE</i>	Índice de Envelhecimento
<i>MAPA</i>	Medição Ambulatória da Pressão Arterial
<i>MC</i>	Medicina Comunitária
<i>MF</i>	Médico de Família
<i>MGF</i>	Medicina Geral e Familiar
<i>Pág.</i>	Página
<i>REP</i>	Relatório de Estágio Profissionalizante
<i>SIDA</i>	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
<i>SNC</i>	Sistema Nervoso Central
<i>USAV</i>	Unidade de Saúde de Arcos de Valdevez
<i>UCSPAV</i>	Unidade Cuidados de Saúde Personalizados dos Arcos de Valdevez
<i>US</i>	Unidade(s) de Saúde
<i>USF</i>	Unidade(s) de Saúde Familiar
<i>USFVV</i>	Unidade de Saúde Familiar ValedoVez
<i>VIH</i>	Vírus da Imunodeficiência Humana

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

<i>Tabela 1</i>	Características Físicas do CSSJ	Pág. 6
<i>Tabela 2</i>	Características Físicas da UCSPAV	Pág. 7
<i>Tabela 3</i>	Serviços Prestados no CSSJ e na UCSPAV	Pág. 9
<i>Tabela 4</i>	Recursos Humanos e Informáticos do CSSJ e da UCSPAV	Pág. 10
<i>Tabela 5</i>	Frequência de idosos e Índice de envelhecimento do CSSJ e da UCSPAV	Pág. 13
<i>Tabela 6</i>	Ratio médico/utente no CSSJ e na UCSPAV	Pág. 13

<i>Figura 1</i>	Pirâmide etária CSSJ	Pág. 12
<i>Figura 2</i>	Pirâmide etária UCSPAV	Pág. 12

1. INTRODUÇÃO E ENQUADRAMENTO

O presente relatório de estágio profissionalizante (REP) procura descrever as actividades realizadas e experiências vivenciadas no âmbito da disciplina de Medicina Comunitária (MC), do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP).

Este estágio desenvolveu-se em duas valências e Unidades de Saúde (US) distintas: um módulo urbano, que decorreu no Centro de Saúde de São João (CSSJ) sob a tutela do Prof. Doutor José Frey Ramos, de 7 a 17 de Dezembro de 2010, e um módulo rural, decorrido na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados dos Arcos de Valdevez (UCSPAV), sob a tutela do Dr. Jorge Faro, 3 a 14 de Janeiro de 2011.

Primeiramente será descrito o papel da MC e dos cuidados de saúde primários (CSP) para a saúde das populações. Seguidamente serão caracterizadas e analisadas as instituições referidas, assim como descritas de modo sucinto as actividades desenvolvidas pela discente. Os apêndices incluirão os trabalhos realizados no âmbito da disciplina, assim como um trabalho complementar, um estudo descritivo subordinado ao tema “*Substâncias com acção no Sistema Nervoso Central (SNC): os ansiolíticos e o álcool*”.

2. OBJECTIVOS

- Expor as actividades desenvolvidas no âmbito dos CSP e da MC
- Caracterizar o CSSJ e a UCSPAV, comparando-os em termos de realidades socio-demográficas, recursos e estruturas
- Compreender o papel de outras instituições e moldes organizacionais nos CSP
- Descrever as actividades realizadas no âmbito dos CSP, estabelecer uma comparação com os cuidados de saúde secundários, assim como ressaltar a sua importância para a comunidade e para a formação médica
- Estudar o consumo de substâncias com acção no SNC, focando os ansiolíticos e o álcool, estabelecendo possíveis relações sócio-demográficas e características do consumo em amostras das US Urbana e Rural

3. OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

“The ultimate goal of primary health care is better health for all”

World Health Organization

Os CSP são um elemento-chave de um sistema de saúde.¹

A declaração de Alma-Ata, fruto da Conferência Internacional em Cuidados de Saúde Primários, realizada em Setembro de 1978, já declarava que “Os cuidados de Saúde Primários são cuidados essenciais de saúde (...) Formam uma parte integral do sistema de saúde do país, do qual é a função e foco centrais. (...) É o primeiro nível de contacto dos indivíduos, a família e comunidade com o sistema nacional de saúde a conduzir os cuidados de saúde o mais próximo possível dos locais onde as pessoas vivem e trabalham, e constitui o primeiro elemento de um processo de saúde contínuo.”²

Actualmente o conceito de CSP apresenta-os como os cuidados de saúde essenciais e universalmente acessíveis a todos os indivíduos e a todas as famílias da comunidade, tendo por vocação tratar dos principais problemas de saúde dessa comunidade e englobando acções de promoção de saúde, de prevenção, de cuidados curativos, de reabilitação ou de fim de vida.³ Podem evidenciar-se como alguns dos elementos fundamentais dos CSP a acessibilidade, a globalidade, a coordenação e a longitudinalidade. A sua actuação decorre frequentemente com equipas de saúde multidisciplinares.

Em relação aos profissionais dos CSP, existem dois grupos vitais que importa considerar: o Médico de Família (MF), especialista em Medicina Geral e Familiar (MGF) e considerado o paradigma do médico de CSP, e o enfermeiro, que têm evidenciado uma prática mais comunitária e familiar. Mas são também extremamente relevantes para os CSP outros profissionais de áreas médicas (como Psicólogos) e não médicas (como os Administrativos).

Apesar da importância dos CSP tenha sido matéria de debate nas últimas décadas, são inequívocas as vantagens dos sistemas baseados nos CSP em comparação com os sistemas baseados em especialidades hospitalares.¹

4. CARACTERIZAÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE

a. Modelos organizacionais

Durante o período do estágio foi-me dada a oportunidade de contactar com vários moldes organizacionais dos cuidados de saúde primários, vivenciados em duas US de áreas demográficas distintas.

A US onde decorreu o módulo urbano, o CSSJ, foi apelidado “tubo de ensaio”. Resultou de um Protocolo de Cooperação entre a FMUP e a Administração Regional de Saúde do Norte. Trata-se de um Centro de Saúde que tem como objectivos principais assegurar a prestação de CSP, desenvolver projectos inovadores (no âmbito da Administração de Saúde, da Administração dos Serviços de Saúde e da Prestação de cuidados de Saúde), e constituir um espaço de formação pré e pós graduada destinado aos estudantes de Medicina e aos profissionais dos CSP.³ Pertence ao Agrupamento das Unidades de Saúde Grande Porto VI (Porto Ocidental).

A US onde decorreu o módulo rural, a UCSPAV, pertence ao agrupamento de Unidades de Saúde do Alto Minho. Actualmente funciona com dois sistemas organizacionais distintos em relação aos CSP: uma **Unidade de Saúde de Arcos de Valdevez (USAV)** e duas **Unidades de Saúde Familiares (USF)**. No mesmo edifício funciona também uma Unidade de Convalescença (Unidade de Cuidados Continuados de curta duração), que, como não se insere no âmbito dos CSP, não será abordada. À UCSPAV encontram-se também associadas duas extensões de saúde: Extensão de Saúde de Soajo e Extensão de Saúde de Loureda.

As USF são pequenas unidades operativas dos CS com autonomia funcional e técnica, que contratualizam objectivos de acessibilidade, adequação, efectividade, eficiência e qualidade, e que garantem aos cidadãos inscritos uma carteira básica de serviços.⁴

As UCSP têm como missão garantir a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita de uma determinada área geográfica, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos. Tanto as USF como as UCSP podem ser agrupadas em agrupamentos de centros de saúde (ACES).⁴

As actividades desenvolvidas no módulo rural centraram-se na USAV, no entanto foi proporcionada a oportunidade de contactar com as duas USF, através de visita guiada pela Chefe Administrativa. As USF existentes denominam-se UArcos e USF ValedoVez (USFVV) e foram criadas, respectivamente, em Dezembro de 2007 e Outubro de 2008.

b. Espaço Físico

O CSSJ localiza-se na rua Miguel Bombarda, na freguesia de Cedofeita no concelho e distrito do Porto. A UCSPAV localiza-se na rua Engº. Adelino Amaro da Costa, na freguesia de Salvador, no concelho de Arcos de Valdevez, distrito de Viana do Castelo.

Nas tabelas que se seguem encontram-se sumariadas as características físicas das duas US.

CSSJ	
Cave	Serviços de Apoio: <ul style="list-style-type: none">- Salas de Arquivo e Arrumos pequenos (Material Administrativo e de Enfermagem)- Pequena Lavandaria- Bar- Servidor Informático- Secretaria
R/C	Recepção Administrativa e Serviços de Enfermagem: <ul style="list-style-type: none">- Duas salas de enfermagem (Tratamentos e injectáveis)- Sala de espera para enfermagem- Principal recepção administrativa do CSSJ- WC para utentes de mobilidade reduzida- Pequena sala de esterilização
1º e 2º Pisos	<ul style="list-style-type: none">- Sala espera- Pequena recepção administrativa- WC para funcionários- WC para utentes (Masculino e Feminino)- Sala Enfermagem- 4 Gabinetes médicos em cada piso
3º Piso	<ul style="list-style-type: none">- Pequena sala de espera- Gabinete do Director- Sala de Reuniões/ Biblioteca- WC para funcionários- 2 Gabinetes médicos
Acessos	<ul style="list-style-type: none">- Escadas- Elevador

Tabela 1 – Características Físicas do CSSJ

UCSPAV

R/C		<ul style="list-style-type: none"> - WC para utentes (Masculino, Feminino e Deficientes) - WC para funcionários - Biblioteca - Farmácia - Casa mortuária e morgue - Sala dos médicos - Gabinete do utente - Sala de observação - Gabinete do Suporte Imediato de Vida - Departamento de Saúde Pública - Gabinete da assistente social - Bar/refeitório - Sala de Raio X - Atendimento Geral e sala de espera - 4 Gabinetes administrativos - 4 Gabinetes médicos - Gabinete do coordenador da UCSPAV 	Exterior	Unidade móvel de rastreio do Cancro da Mama
			Acessos	<ul style="list-style-type: none"> - Escadas - Elevadores
1º Piso	USA V	<ul style="list-style-type: none"> - 4 Gabinetes de enfermagem - Gabinete de Saúde materna - 5 Gabinetes médicos - Arrecadação - Salas de espera - WC para utentes (Masculino e Feminino) - WC para funcionários 	2º Piso	<p>Unidade de convalescença:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 7 quartos duplos com WC - Quarto de isolamento com WC - Farmácia - Ginásio - Sala de convívio/refeitório - Sala de observação e

USFVV	<ul style="list-style-type: none"> - 7 Gabinetes médicos - 9 Gabinetes de enfermagem - Sala de reuniões/copa - Serviços administração - Gabinete de saúde materna - Sala de espera - WC utentes (Masculino, Feminino) -WC funcionários - Vestiários 	<ul style="list-style-type: none"> tratamento - Gabinete de apoio à família - Sala de enfermagem - Arrecadação - Vestiário - WC visitas - WC funcionários
UArcos	<ul style="list-style-type: none"> - Serviços de administração - 5 Gabinetes de enfermagem - Gabinete de saúde materna - 6 Gabinetes médicos - Gabinete para reuniões - Copa, Vestiário - WC (Masculino, Feminino, funcionários) 	

Tabela 2 – Características Físicas da UCSPAV

c. Serviços Prestados

Os Serviços prestados pelas duas US encontram-se sumarizados na tabela 3.

Destaca-se o horário de funcionamento mais alargado da UCSPAV, que realiza o serviço de consulta aberta de atendimento complementar das 20 às 24 h, servindo também a população de Ponte da Barca.

Em termos de prestação de consultas, as duas US realizam o mesmo tipo de consultas aberta, programada (descritas na tabela 3), domicílio e prescrição. No entanto há distinções nouro tipo de consultas fornecidas à população. Por exemplo no CSSJ realizam-se Consultas de Podologia e de Psicologia, assim como Consulta de Cessação Tabágica, enquanto na UCSPAV se disponibilizam Consulta de Nutrição e Serviços de Saúde Pública.

A articulação com o Exterior é, em ambas as US, maioritariamente realizada através de Alert P1, um sistema que permite a referência dos utentes aos Cuidados de Saúde Secundários. Na UCSPAV existe comunicação com outras unidades prestadoras de CSP, descritas na tabela 3.

	CSSJ	UCSPAV
Horário de funcionamento	8h – 20h (Dias úteis)	8h-20h (Dias úteis) 20h-24h (Consulta Complementar)
Consultas Prestadas	<ul style="list-style-type: none"> - Aberta - Programada: <ul style="list-style-type: none"> • Saúde de Adultos • Grupos de risco: <ul style="list-style-type: none"> ○ Diabéticos ○ Hipertensos • Grupos vulneráveis: <ul style="list-style-type: none"> ○ Saúde Infantil/Juvenil ○ Saúde Materna ○ Vigilância Oncológica • Planeamento Familiar - Domicílio - Prescrição (contacto indirecto c/ médico) - Podologia - Psicologia - Cessação Tabágica - Complementar (atendimento da Gripe) - Outros (Gabinete do utente) 	<ul style="list-style-type: none"> - Aberta - Programada: <ul style="list-style-type: none"> • Saúde de Adultos • Grupos de risco: <ul style="list-style-type: none"> ○ Diabéticos ○ Hipertensos • Grupos vulneráveis: <ul style="list-style-type: none"> ○ Saúde Infantil/Juvenil ○ Saúde Materna ○ Vigilância Oncológica • Planeamento Familiar - Domicílio - Prescrição (contacto indirecto c/ médico) - Nutrição - Saúde Escolar - Patologia Vascular - Complementar (tipo Consulta Aberta) - Saúde Oral - Outros (Gabinete do utente, Serviços Saúde Pública)
Articulação com o Exterior	<ul style="list-style-type: none"> - Centro Hospitalar do Porto (Hospital Geral de Santo António, Maternidade Júlio Dinis, Hospital de crianças Maria Pia) - Hospital Magalhães Lemos - Instituto Português de Oncologia do Porto - Hospital da Prelada 	<ul style="list-style-type: none"> - Centro Hospitalar do Alto Minho – constituído pelo Hospital de Ponte de Lima e Hospital de Santa Luzia (Viana do Castelo) - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Ponte da Barca

Tabela 3 – Serviços Prestados no CSSJ e na UCSPAV

d. Recursos Humanos e Informáticos

O suporte informático prestado nas duas US inclui:

- SINUS: utilizado pelos funcionários administrativos;
- SAM: utilizado por médicos;
- Alert P1: utilizado por médicos de MGF para referência aos cuidados de saúde secundários;
- Higia: utilizado por todos os profissionais das US (administrativos, enfermeiros e médicos);
- SAPE: utilizado por enfermeiros, pode ser consultado pelos médicos;
- SiiMA Rastreo (Sistema de Informação de Rastreo): utilizado por médicos.

Os recursos humanos e informáticos alocados nas duas US encontram-se sumarizados na tabela 4.

	CSSJ	UCSPAV
Recursos Humanos	<ul style="list-style-type: none">- 10 Médicos especialistas em MGF- 7 Internos complementares em MGF- 1 Interno complementar em Pediatria- 16 enfermeiros (tempo parcial)- 2 psicólogos- 1 podólogo- 6 administrativos- 2 auxiliares de apoio e vigilância- Alunos estagiários (Medicina FMUP e Psicologia)	<ul style="list-style-type: none">- 16 Médicos especialistas em MGF- Médico especialista em Saúde Pública- 3 Internos complementares em MGF- 1 Interno de Ano Comum- 18 enfermeiros a tempo inteiro- 8 auxiliares de acção médica- Nutricionista- Técnico de Radiologia- Assistente Social- 20 técnicas administrativas- 6 auxiliares de apoio e vigilância- Alunos estagiários (Medicina FMUP e Enfermagem)

Suporte informático	- SINUS - SAM - Alert P1 - Higia - DiabCare	- SINUS - SAM - Alert P1 - SAPE - SiiMA
----------------------------	---	---

Tabela 4 – Recursos Humanos e Informáticos do CSSJ e da UCSPAV

Destacam-se algumas diferenças em relação aos recursos humanos, como a presença de psicólogo e podologista no CSSJ, e de médico de Saúde Pública, nutricionista, técnico de radiologia e assistente social na UCSPAV. Ambas as unidades participam na formação de profissionais médicos, tanto na formação pré-graduada como na pós-graduada de MGF e de Pediatria (esta última apenas no CSSJ). Dão também o seu contributo para a formação pré-graduada de Psicologia (no CSSJ) e de Enfermagem (na UCSPAV).

Comparando os recursos informáticos destaca-se o uso do Higia paralelamente ao SAM, no CSSJ, enquanto na UCSPAV se utiliza o SAM para suporte aos médicos e o SAPE para suporte de enfermagem.

e. Comunidade abrangida

No decorrer deste estágio foi realizado um levantamento da população inscrita, assim como das suas características demográficas, recorrendo à base de dados SINUS das duas US.

No CSSJ encontram-se actualmente inscritos 20.070 utentes, residentes em 200 freguesias do concelho do Porto, abarcando principalmente quatro freguesias do concelho referido.

Na UCSPAV encontram-se inscritos 26.325 utentes, sendo que a área de abrangência deste centro de saúde inclui as 51 freguesias do concelho dos Arcos de Valdevez.

No CSSJ, a população do sexo feminino é superior à do masculino (55,97% *versus* 44,03%). Por análise da pirâmide demográfica do CSSJ (Figura 1) observa-se um predomínio do sexo feminino em todas as faixas etárias, sendo mais evidente nas faixas etárias superiores.

O mesmo fenómeno acontece na UCSPAV, em que a população do sexo feminino (53,72%) é superior à do sexo masculino (46,28%), com maior relevância nas faixas etárias superiores. Verifica-se também que a população mais jovem (nomeadamente crianças) dos Arcos de Valdevez é proporcionalmente menor, o que poderá reflectir uma desertificação da região.

A faixa etária predominante na população dos dois centros de saúde é a de indivíduos com idade igual ou superior a 75 anos.

Pela análise das duas pirâmides (Figura 1 e Figura 2) verifica-se que se tratam de pirâmides de base estreita e topo largo, o que vai de encontro ao envelhecimento que caracteriza a população portuguesa, aliado a baixas taxas de natalidade. O facto da população de utentes ser predominantemente do sexo feminino, de modo mais marcante nas faixas etárias mais elevadas, pode ser explicado pela maior esperança média de vida nas mulheres.

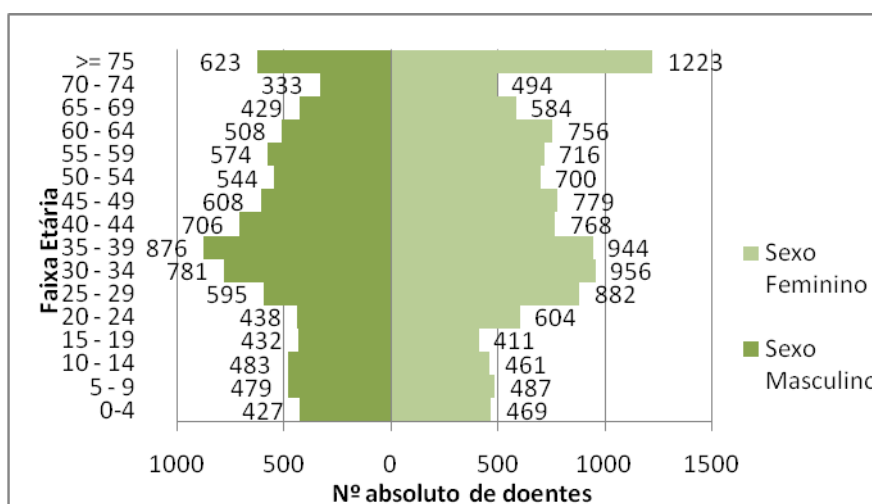


Figura 1: Pirâmide etária CSSJ

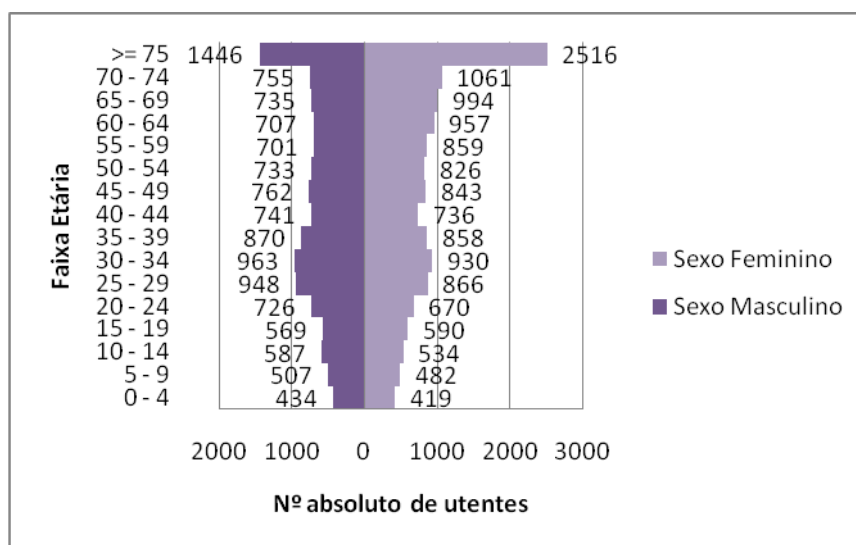


Figura 2 : Pirâmide etária UCSPAV

Foi também calculado o Índice de envelhecimento (IE), que representa o quociente entre a população idosa (≥ 65 anos) e a população com idade inferior a 15 anos. A frequência de idosos e o IE encontram-se representados na tabela 5. Verifica-se que a frequência de idosos e o IE é superior na população da UCSPAV, o que poderá reflectir o envelhecimento das populações rurais do norte do país.

	Frequência de idosos (≥ 65 anos)	Índice de envelhecimento
CSSJ	18,37 %	131,40 %
UCSPAV	28,57 %	253,73 %

Tabela 5 – Frequência de idosos e Índice de envelhecimento do CSSJ e da UCSPAV

Em termos de alocação de recursos médicos para as comunidades abrangidas, o cálculo do ratio médico/utente para cada US encontra-se na tabela 6. Apesar do número de médicos ser superior na UCSPAV verifica-se um menor ratio médico/utente no CSSJ.

	CSSJ	UCSPAV
Nº Médicos	10	16
Nº Utentes	20.070	26.325
Ratio médico/utente	1/2007	1/1645

Tabela 6 – Ratio médico/utente no CSSJ e na UCSPAV

5. ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

Na **consulta médica** foi-me permitido contactar com as consultas programadas disponibilizadas, abrangendo consulta de diabetes e hipertensão, consulta do adulto, consulta infantil e juvenil, consulta de planeamento familiar, consulta de gravidez e consulta não programada (Consulta Aberta).

As patologias mais prevalentes em ambas as US foram a Hipertensão Arterial e Diabetes mellitus, e, na Consulta Aberta, as infecções do trato respiratório.

Realizei o registo de dias de Consulta no módulo urbano (Apêndice I) e no módulo rural (Apêndice IV), procurando abarcar as diferentes consultas já referidas.

Através da observação da consulta, e visto que o excesso de peso e a obesidade também são patologias com elevada prevalência, achei pertinente realizar uma reflexão acerca do “Papel do Médico de Família na adesão à terapêutica e ao exercício físico” (Apêndice II), incluído no âmbito dos trabalhos propostos no módulo urbano.

Ainda neste módulo elaborei um panfleto informativo acerca do Cancro do Pulmão (Apêndice III), a neoplasia com maior mortalidade nos países desenvolvidos.

No âmbito do módulo rural realizei um fluxograma de decisão acerca de “Dispepsia”, uma queixa observada muito frequentemente e em várias faixas etárias (Apêndice V).

A colheita de uma História Clínica, orientada para a especialidade de MGF, foi também elaborada neste módulo (Apêndice VI).

Tive a oportunidade de assistir e participar nas várias **consultas de enfermagem**, das quais destaco as Consultas de Grupos de Risco (Hipertensos – ensino, medição de tensão arterial, colocação de MAPA – e Diabéticos – ensino, pesquisa de glicemias capilares, preenchimento do Livro do Diabético) e Saúde Materno-infantil. Foram também observados e realizados alguns procedimentos de enfermagem como a administração de vacinas e injectáveis, colocação de pensos e a realização de ECG.

Como **actividades desenvolvidas no exterior** acompanhei uma consulta ao domicílio no módulo urbano, assim como acompanhei uma equipa médica e de enfermagem no acompanhamento de patologia respiratória (Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica e tuberculose), no módulo rural.

No âmbito da disciplina MC, prática clínica, realizaram-se dois **seminários**, no início de cada módulo.

No primeiro foram abordados o tema dos CSP, suas definições e objectivos.

No segundo seminário foram abordadas mais algumas das características dos CSP, assim como foi criado um espaço para esclarecimento de dúvidas. O seminário deu um enfoque particular nos rastreios oncológicos implementados em Portugal e em "como comunicar más notícias".

No módulo urbano foi ainda realizada uma **formação** no Centro de Aconselhamento e Detecção Precoce do VIH/SIDA, que decorreu no dia 16 de Dezembro de 2010, o que permitiu um espaço de informação e debate acerca de doenças sexualmente transmissíveis e o seu impacto na sociedade actual.

Foi realizado um **trabalho complementar**, subordinado ao tema "*Consumo de substâncias com acção no SNC: os ansiolíticos e o álcool*", que se encontra em apêndice (Apêndice VII). Neste âmbito foi aplicado um questionário, através de entrevista, disponível em apêndice (Apêndice VIII).

Resumo do trabalho complementar:

Objectivos: Caracterizar o consumo de ansiolíticos, sedativos, hipnóticos e álcool numa amostra de utentes do CSSJ (amostra urbana) e da UCSPAV (amostra rural). Evidenciar potenciais usos com maior possibilidade de interacções entre substâncias com acção no SNC e de reacções paradoxais. Identificar quais os profissionais de saúde que, nesta amostra, mais prescrevem essas substâncias.

Materiais e Métodos: Realizou-se um estudo observacional transversal através de aplicação de um questionário por entrevista, a adultos utentes das duas unidades de saúde.

Resultados: 54,9% do total da amostra apresentou consumo de ansiolíticos, sendo que 36% do total de indivíduos consome ansiolíticos na actualidade. As mulheres constituem 72% dos consumidores. A faixa etária dos 36 aos 65 anos é aquela que apresenta maior consumo (59%). Nos indivíduos maiores de 65 anos verifica-se maior consumo na amostra rural. Nas duas amostras as benzodiazepinas são a substância mais consumida (67% da amostra total), e o Médico de Família o principal responsável pelas prescrições. O consumo alcoólico é superior na amostra rural e no género masculino. 32% dos consumidores de ansiolíticos

consome álcool. Em 18% dos consumidores de ansiolíticos verificou-se o consumo concomitante de outro psicofármaco.

Conclusão: Nas amostras analisadas verifica-se um consumo elevado de ansiolíticos e de álcool. Identificaram-se como factores predisponentes para o consumo de ansiolíticos o meio urbano, sexo feminino, e adultos dos 35 aos 65 anos, e para o consumo alcoólico o meio rural, sexo masculino, e faixa etária entre os 35 e os 65 anos.

6. CONCLUSÃO

Ao dar por finalizada a minha vivência em MC e nos CSP, considero que foi uma experiência enriquecedora e desafiante.

Os CSP contactam com imensas actividades, não só a nível preventivo como também curativo e de acompanhamento. Foi-me dada a oportunidade de contactar com população de estratos sócio-económicos e etários muito distintos. Para mim foi importante a visão longitudinal da MGF, sendo os elementos família e comunidade um componente vital de actuação.

Considero estes aspectos dos CSP importantes e todavia distintos do que nos é fornecido na generalidade da formação médica como estudante que compreende principalmente os cuidados de saúde secundários, centrados no indivíduo e no acompanhamento dos seus problemas pontuais.

Em termos das patologias encontradas, considero fulcral para a minha formação enquanto estudante o acompanhar quotidiano das patologias crónicas, como diabetes ou hipertensão.

Por fim, o facto de ter contactado com moldes organizacionais distintos, assim como meios e realidades demográficas diferentes, tornou ainda mais interessante o estágio em MC.

7. BIBLIOGRAFIA

1. Mota A, et alli. “Cuidados de Saúde Primários em Portugal – Reformar para novos sucessos”. Edição Abril 2006. Padrões Culturais Editora
2. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, URSS, 6-12 Setembro de 1978
3. Hespanhol A, Pinto A.S. “Cinco Anos do Centro de Saúde S.João”. Arquivos de Medicina 2005. 19(3): 103-111
4. Página da internet do Ministério da Saúde. Disponível em URL

APÊNDICES

Apêndice I – Registo dia de Consulta Módulo Urbano

Data	Iniciais	Idade Género	Motivo de Consulta	Lista de Problemas/ Diagnósticos	Plano/Orientação/Referenciação	Retorno
14.12.2010	V.C.P.	62 anos, Sexo masculino	Rotina, Processos administrativos, Queixas de dores articulares generalizadas	- Reumatismo degenerativo - HTA - DM tipo II - Dislipidemia - Hipoacusia	- Mantém medicação habitual - Indicação para novo tratamento de MFR - Pede-se estudo analítico e PSOF	Tem alta de MFR com indicação para repetição do tratamento, por cervicalgias e lombalgias acentuadas
14.12.2010	M.L.C.A.	52 anos, Sexo feminino	Rotina, Queixas de sonolência diurna	- Obesidade (IMC≥30) - Hipercolesterolemia - Microquistos mamários calcificados	- Educação para a saúde: dieta e exercício físico - Alerta para consequências da obesidade - Pede-se estudo analítico - Mamografia planeada para 2011	
14.12.2010	C.M.R.C.R.	44 anos, Sexo feminino	Revalidação de baixa médica, queixas de ansiedade e stress laboral	- Obesidade (IMC > 30) - Problemas anteriores de ansiedade e stress	- Revalidação da baixa por um período de 1 mês - Educação para a saúde: dieta e exercício físico	
14.12.2010	P.D.M.S.	38 anos, Sexo masculino	Rotina, queixas de cervicalgias	- Acidente de viação	- Pede-se TC torácico e provas de função respiratória para avaliação de enfisema	- TC cervical: com ligeiro abaulamento do disco intervertebral de C5, C6, mas sem compromisso medular
14.12.2010	A.M.Q.O.S	59 anos, Sexo feminino	Rotina	- Hipotireoidismo controlado - DM tipo 2 controlada - HTA medicada e controlada	- Mantém medicação habitual (metformina, pantoprazol, ramipril, levotiroxina sódica)	

					- CCV	
14.12.2010	M.A.C.P.M	3 anos, Sexo masculino	Consulta dos 3 anos	- Bom desenvolvimento estato-ponderal - Bom relacionamento inter- pares - Pequena hérnia umbilical	- Educação acerca dos hábitos alimentares	
17.12.2010	E.A.D.B.	59 anos Sexo Masculino	Consulta de vigilância de HTA, Rotina	- Obesidade (IMC \geq 30) - HTA essencial controlada - Gastrite Crónica - Disfunção erétil (causa psicogénica + vascular?) - História de depressão - Estudo analítico de Dezembro de 2010 → dislipidemia	- Mantém terapêutica antiHTA (nebivolol, amlodipina+valsartan, indapamida) - Re-inicia rosuvastatina	
17.12.2010	J.M.V.	49 anos Sexo masculino	Consulta pós- hernioplastia inguinal direita Queixas de dor na região inguinal direita	- Cx abdominal – hernioplastia inguinal direita - Dor inguinal direita com irradiação para a perna - Sem alterações ao exame físico	- Vigiar - Receita-se diazepam (consumo esporádico)	Consulta de Cx marcada para dia 18.01.2011
17.12.2010	D.S.F.A.S.	26 anos Sexo feminino	Consulta de Saúde Materna	- Idade fetal: 17 sem e 3 dias - Risco estimado de trissomia 21, 13, 18: 271 - Recusou amniocentese - 22 cm perímetro fetal, foco fetal +, Combur -	- Consulta agendada para as 22 semanas de gestação	
17.12.2010	M.A.S.O.F.	52 anos, Sexo feminino	Rotina	- Gonalgias - Lombalgias - Obesidade - Psoríase	- Medicada com paracetamol+tiocolquicosido, glucosamina e betametasona+calcipotriol) - Indicações de medição regular da TA (possível HTA de bata branca?)	Otorrinolaringologia - possível indicação Cx

17.12.2010	G.L.C.D.	25 anos, Sexo feminino	Consulta da Grávida	- Gravidez: 21 sem + 5 dias	- Mantém medicação com ácido fólico - Realiza todos os meses estudo de anticorpos contra a Toxoplasmose (não está imune) - Consulta programada para as 24 semanas
17.12.2010	M.C.L.B.	83 anos, Sexo feminino	Rotina	- HTA com envolvimento de órgãos alvo - hérnia de hiato - história de síndrome parkinsoniana iatrogénica por risperidona - Diarreia crónica (Síndrome cólon irritável?) - Eczema da pálpebra de localização peri-orbitária	- Mantém medicação habitual (antihipertensor, sinvastatina, cálcio, bromazepam, alprazolam, trazodona) - Alerjon® colírio

Abreviaturas:

CCV: Citologia cervicovaginal

HTA: hipertensão arterial

DM: Diabetes mellitus

Cx: cirurgia

TA: Tensão Arterial

IMC: Índice de Massa corporal

MFR: Medicina Física e Reabilitação

PSOF: Pesquisa de sangue oculto nas fezes

TC: Tomografia computadorizada

REFLEXÃO: “O PAPEL DO MÉDICO DE FAMÍLIA NA
ADESÃO À DIETA E AO EXERCÍCIO FÍSICO”

Esta reflexão tem como objectivo a consciencialização acerca da importância da dieta e da prática regular do exercício físico para a saúde dos indivíduos, assim como da importância do médico de família (MF) na adesão a esses “parâmetros de tratamento”. Será focada mais pormenorizadamente a problemática do cumprimento da dieta e do exercício físico nos diabéticos tipo 2.

Adesão ao regime terapêutico é um conceito que engloba não só o cumprimento da prescrição farmacológica, mas também os **comportamentos promotores de saúde**. O prestador de cuidados de saúde primários deve compreender como o regime terapêutico se relaciona com a vida do doente, assim como ser inculcar conhecimentos ao doente acerca da importância destes comportamentos para a melhoria da sua saúde.

A adesão a um estilo de vida saudável, o que engloba uma **dieta equilibrada** e **exercício físico regular**, é uma meta a atingir em muitos doentes portugueses. Existe, no nosso país, uma elevada prevalência e incidência de doenças cardiovasculares, assim como muitos casos de síndrome metabólica (perímetro de cintura aumentado, nível de triglicédeos superior a 150 mg/dL, colesterol HDL diminuído, tensão arterial elevada, valores de glicemia superior a 100 mg/dL).

De acordo com as Estatísticas de Saúde de 2008, 6,5 % e 3,9 % da população portuguesa do Continente sofriam, respectivamente, de diabetes e de obesidade.

A mudança de estilos de vida, o que inclui a introdução do exercício físico e da dieta, são pilares a adoptar para minimizar o impacto e a incidência das chamadas doenças metabólicas, como a diabetes mellitus tipo 2 e a obesidade, e das doenças cardiovasculares. Tratam-se por vezes da primeira atitude terapêutica em algumas destas doenças que caracterizam a actual era epidemiológica, como a obesidade, hipercolesterolemia e hipertensão arterial essencial.

Pela minha vivência no plano dos cuidados de saúde primários, considero que a importância da dieta e do exercício físico estão incutidos nos “health beliefs” do indivíduo na sociedade actual.

A maioria dos doentes parecem informados que a prática regular do exercício físico tem aspectos benéficos. No entanto não o conseguem incluir no seu dia-a-dia, de uma forma rotineira. É muito comum a atitude “não tenho tempo”, “esta semana choveu muito”, ou o “tenho que levar o carro para o trabalho”. Quanto à dieta já existem mais dúvidas em relação aos alimentos aconselhados, e alguma dificuldade em cumprir horários, como o comer poucas quantidades várias vezes ao dia.

Mas como levar os doentes a adoptar esse estilo de vida saudável, que poderá trazer largos benefícios no outcome destes doentes, especialmente em termos de risco cardiovascular? O MF, que tem uma relação próxima e privilegiada com o doente, pode adoptar atitudes de consciencialização, de modo a aumentar a adesão ao exercício físico e à dieta. As suas actividades poderão abarcar:

- Educação para a saúde, no âmbito da adopção de estilos de vida saudáveis.
- A importância da dieta, aconselhamento acerca dos alimentos mais adequados, e esclarecer dúvidas acerca dos alimentos que podem ou não ser consumidos, ou a sua frequência
- Procurar informar acerca dos locais da área para realizar exercício físico, nomeadamente caminhadas
- O facto do médico de família ter uma acção horizontal em relação ao agregado familiar, pode tentar que toda a família adopte estilos de vida saudáveis, nomeadamente no que concerne à alimentação e à prática de exercício físico regular. Por exemplo, numa situação hipotética, poder-se-á educar a mãe a cozinhar com menor conteúdo de sal e de gorduras, e procurar introduzir-se a prática de caminhadas depois do jantar.

Tomando como exemplo o caso da **diabetes mellitus**, há algum consenso em que o tratamento é complexo, e que envolve não só o tratamento farmacológico (com antidiabéticos orais ou insulina) como a dieta e o exercício físico. Trata-se de um tratamento extremamente desafiante pelo grau de envolvimento activo fora do comum que exige ao doente.

Os doentes com diabetes mellitus tipo 2 devem estar informados que o seu peso é uma reflexão do que ingerem em termos calóricos, e que ingerir uma quantidade mais ou menos constante de calorias todos os dias pode ajudar a controlar os níveis de glicose e a manter o peso. Em indivíduos que têm excesso de peso ou são obesos, perder peso por diminuição da

ingestão calórica ou aumentando a actividade física pode melhorar o controle glicémico, diminuir a pressão arterial e os níveis de colesterol. O nível de exercício recomendado, é, segundo algumas guidelines, de 30 minutos por dia, a maioria dos dias da semana. Um dos exercícios mais recomendados é a caminhada, que pode ser incutida no quotidiano do indivíduo (por exemplo ir a pé para o trabalho).

O MF terá que estar alerta que a terapia com insulina ou alguns antidiabéticos orais podem levar a um aumento de peso. Pesar-se regularmente (por exemplo, uma vez por semana) pode ser um conselho dado aos doentes, porque assim terão uma atitude activa em relação à balança exercício físico/dieta. Se aumentar de peso o doente deverá diminuir a ingestão calórica ou aumentar ao exercício físico. É um dos papéis do prestador de cuidados primários consciencializar o doente que deverá tomar uma atitude imediata, e não esperar pela consulta seguinte para realizar alterações activas no seu estilo de vida.

Ainda focando o caso do diabetes mellitus é necessário alertar os doentes, principalmente aqueles tratados com insulina, para os sinais de alarme das hipoglicemias. O MF, pela proximidade que desenvolve com o doente, poderá:

- Incutir o hábito de medição do nível de glicose antes do exercício físico
- Explicar quais os alimentos mais adequados no caso de uma hipoglicemia, e quando os ingerir.

A Medicina Geral e Familiar tem como uma das suas características desenvolver uma abordagem centrada na pessoa, orientada para o indivíduo, a sua família e a comunidade em que se inserem, por isso o **MF** pode ser um agente de mudança da era actual, das doenças degenerativas tardias (doenças cerebrovasculares e metabólicas), apenas por **modificar estilos de vida (dieta e exercício físico)**.

Bibliografia:

- (1) Ribeiro da Silva P. A comunicação na prática médica: seu papel como componente terapêutico. Rev Port de Clin Geral, 2008;24:505-12
- (2) Henriques, Sílvia. Comentário ao POEM - Can the onset of diabetes be delayed or prevented in people with impaired glucose tolerance? Disponível em: URL: <http://www.infoPOEMs.com> [acedido em 03/06/2007]

- (3) Silva I, Pais-Ribeiro J, Cardoso H. Adesão ao tratamento da diabetes Mellitus: A importância das características demográficas e clínicas. Revista Referência, Jun 2006. 2ª Série, volume II
- (4) Catela AI, Amendoeira J. Viver a Adesão ao Regime Terapêutico Experiências Vividas do Doente Submetido a Transplante Cardíaco. Pensar enfermagem, 2010. Volume 14, nº2
- (5) Direcção Geral de Saúde – Estatísticas da Saúde 2008. Disponível em URL: <http://www.dgs.pt/>
- (6) Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, editores. Harrison Manual de Medicina. 17ª ed. Madrid: McGraw-Hill; 2008. p. 1375-1379
- (7) Uptodate - management of diabetes (diet and exercise): disponível em URL: www.uptodate.com

DEIXE DE FUMAR!

O tabaco é o factor de risco evitável com maior impacto no aparecimento de cancro de pulmão.

Se deixar de fumar pode reduzir a probabilidade de vir a sofrer de cancro do pulmão, assim como de outras doenças cardiovasculares.

Se precisar de ajuda para deixar de fumar, pode recorrer a profissionais de saúde, como o seu médico ou farmacêutico.



“Ouvi falar na comunicação social de uma **Vacina contra o Cancro do Pulmão?** O que é isso?”

O que foi publicitado como vacina é na realidade um tratamento para aqueles doentes em que a radioterapia, quimioterapia ou cirurgia já não têm potencial de cura.

Trata-se de um fármaco dirigido para moléculas específicas do nosso corpo, e que poderá tornar o Cancro do Pulmão avançado numa “doença crónica”.

Sites de interesse sobre o Cancro do Pulmão, onde se pode informar acerca da doença:

- www.sppneumologia.pt
- saude.sapo.pt

Faculdade de Medicina da
Universidade do Porto

Ano 2011

Centro de Saúde S. João
Porto

CANCRO DO PULMÃO

INFORMAÇÕES ÚTEIS



CANCRO DO PULMÃO

CANCRO DO PULMÃO SIGNIFICA UM TUMOR QUE CRESCE NOS PULMÕES OU NOS BRÔNQUIOS. É A **PRINCIPAL CAUSA DE MORTE** DEVIDO A CANCRO EM HOMENS E MULHERES NOS PAÍSES DESENVOLVIDOS. EM PORTUGAL, SÃO DIAGNOSTICADOS, ANUALMENTE, MAIS DE TRÊS MIL NOVOS CASOS, DOS QUAIS MAIS DE METADE ACABAM POR FALECER EM MENOS DE UM ANO.

O TABACO É O PRINCIPAL FACTOR DE RISCO PARA O CANCRO DO PULMÃO. CERCA DE 90 % DESTES TUMORES REGISTAM-SE EM PESSOAS QUE FUMAM. O FUMO DO TABACO CONTÉM INÚMEROS AGENTES QUÍMICOS CARCINOGENÉTICOS.



Manifestações do Cancro do Pulmão

Os sintomas resultam do crescimento do tumor nas diversas estruturas pulmonares. Estes são os sinais para os quais deve estar alerta:

- Tosse persistente
- Expectoração com sangue
- Fadiga fora do comum, sem motivo aparente
- Inchaço no pescoço e na cara
- Dificuldade respiratória
- Pneumonias ou bronquites frequentes
- Perda de peso ou apetite
- Rouquidão
- Dor persistente no peito, ombros ou costas



Diagnóstico:

É feito através dos exames de imagem, como a tomografia computadorizada (TAC), e por análise do próprio tumor, obtido normalmente através de broncoscopia.

Evolução:

Se não for tratado, a maioria dos cancros do pulmão metastiza (espalha-se) para o restante pulmão, para os nódulos linfáticos e para outras partes do corpo.

Tratamento:

O tratamento é adaptado a cada caso, de acordo com as características do tumor e do próprio paciente. Pode incluir quimioterapia, radioterapia ou cirurgia.



Apêndice IV – *Registo de dia de Consulta Módulo Rural*

Data	Iniciais	Idade Género	Motivo da Consulta	Lista de Problemas/ Diagnósticos	Plano/Orientação/Referenciação	Retorno
06.01.2011	M. F. C.	28 anos, sexo feminino	Consulta de Saúde Materna	- 22 semanas de gestação - Perfil tensional normal, foco fetal +, Combur -	- Agendamento da próxima consulta para as 28 semanas de gestação	
07.01.2011	V.R.S.	63 anos, sexo masculino	Consulta de vigilância de HTA e DM, queixas de tosse, rouquidão, odinalgia	- HTA medicada e controlada - DM tipo 2, medicado e controlado - Antecedentes de DCA - Angina de Prinzmetal - Ex-fumador - Antecedentes de colite isquémica - Obstipação crónica	- Rx torácico: leve condensação da base do pulmão esquerdo. - Medicado com acetilcisteína e amoxicilina+ácido clavulânico. - Mantém medicação habitual (nifedipina, verapamilo, glibenclamida+metformina, paracetamol, alfuzosina, desloratadina, Fortrans®)	
07.01.2011	D.D.C.	1 ano, sexo feminino	Consulta dos 12 meses	- Bom desenvolvimento estado- ponderal - Micose da zona anogenital	- Econazol tópico - Educação acerca de hábitos alimentares	
10.01.2011	M.A.M.	81 anos, sexo	Consulta de vigilância de	- Cardiopatia estrutural - HTA medicada	- Alteração dose furosemida (1 comp por dia)	- CHAM (Ponte de Lima): agudização

		feminino	HTA	- DPOC - Última agudização a 23.12.2010	- Introduz ramipril e AAS - Mantém restante medicação habitual (ferro, digoxina, losartan, omeprazol e fluticasona+salmeterol)	de DPOC por infecção respiratória (insuficiência respiratória tipo 2)
10.01.2011	M.G.A.	82 anos, sexo feminino	Consulta de vigilância de HTA, queixas de cervicalgias	- HTA medicada, não controlada, com atingimento de órgãos alvo - Sopro sistólico - Dislipidemia - Exame físico: dor à rotação e extensão da coluna cervical → Contratura muscular	- Enquanto mantiver as dores: Paracetamol + Tiocolquicosido, naproxeno tópico. - Mantém restante medicação habitual (cinarizina, lercanidipina, lovastatina, nebivolol, valsartan+hidroclorotiazida)	
10.01.2010	G.C.A.	52 anos, sexo masculino	Rotina	- Consumo alcoólico excessivo (70 g diários) - Achado ocasional de esteatose hepática (de etiologia alcoólica?) aquando de ecografia renal e supra-renal (num contexto clínico desconhecido)	- Estudo ecográfico abdominal - Estudo analítico de rotina (hemograma+bioquímica), com estudo da função hepática e marcadores víricos das hepatites (incluindo pesquisa vírus hepatites B e C, citomegalovírus)	
10.01.2011	A.L.V.D	14 anos, sexo feminino	Queixas inespecíficas	- Bom desenvolvimento psicológico - Menarca recente (há 1 ano) - “Acho que tenho as doenças que	- Análises de rotina - Conversa na ausência da mãe acerca dos problemas na escola, com	

				falam na televisão” - Boa verbalização dos seus problemas	os amigos, etc. - Disponibilidade para futura conversa	
11.01.2011	R.F.R.P.	62 anos, sexo feminino	Queixas de tosse	- Queda com traumatismo infracostal esquerdo, observada no CHAM (Ponte de Lima) - Infecção aguda do aparelho respiratório superior - Auscultação pulmonar com roncosp dispersos, com sibilação moderada	- RX torácico (opacificação brônquica à direita ao nível do lobo médio) - Medicada com Amoxicilina + Ácido clavulânico, 12 em 12 horas - Agendamento de consulta para avaliação da evolução clínica	
11.01.2011	C.C.L.	47 anos, sexo masculino	Re-avaliação, queixas de gonalgias	- Dor à marcha e à mobilização do joelho, mais intenso à direita - RX aos joelhos: estreitamento da interlinha femororotuliana, →Gonartrose femorotibial - RX coxo-femoral: Sem alterações	- Medicado com Arthrotec 75, em SOS - TC joelho direito	
11.01.2011	H.E.A.	77 anos, sexo feminino	Consulta de vigilância de HTA, queixas de dispepsia	- HTA medicada e controlada - Dispepsia de predomínio pós-prandial, aliviando com medicação prolongada com domperidona - Depressão após a morte do filho	- Mantém medicação habitual (valsartan+hidroclorotiazida, beta-histina, furosemida, ginko biloba, digoxina, nebivolol) - Retoma domperidona (2 x dia)	

				- Vertigem de origem periférica		
11.01.2011	L.D.L.S. C.	28 anos, sexo masculino	Queixas dispépticas inespecíficas desde há 8 meses	- Queixas dispépticas de predomínio pós-prandial - Sem alterações do apetite nem perda de peso - Sem alteração do trânsito intestinal - EDA: sem alterações - Possível relação com stress laboral	- Mantém tratamento com IBP: pantoprazol - Clorazepóxido	
11.01.2011	J.L.V.D.	4 anos, sexo feminino	Queixas de tosse, febre e odinalgia com evolução de 1 dia	- Orofaringe ruborizada com amígdalas hipertrofiadas, com exsudados purulentos e “língua em framboesa” - ACP: sem alterações	- Amoxicilina+ácido clavulânico	
12.01.2011	M.C.F.C .O.	47 anos, sexo feminino	Consulta de Vigilância de DM, controlo de anemia, queixas de artralguas generalizadas desde há 6 meses	- DM medicado, não controlado (estudo analítico de Dezembro 2010: HbA1C: 9,1%) - Anemia (8,8 g/dL)	- Estudo analítico dirigido a estudo de doenças reumatológicas (PCR, Mg, Ca, ionograma, reacção de Waller-Rose, Ra teste) - Introduz saxagliptina, mantém medicação (ferro, metformina, vidagliptina, etoricoxib, zolpidem)	

12.01.2011	M.G.R.	58 anos, sexo masculino	Rotina, queixas de dispneia	<ul style="list-style-type: none"> - Obesidade: IMC = 30,8 - HTA de novo (TA: 191/95 mmHg) - Dislipidemia - Investigação de possível angina estável → exames sem alterações (ECG, ecocardiograma, prova de esforço, cintigrafia de perfusão miocárdica) - Provas de função respiratória (espirometria) normais 	<ul style="list-style-type: none"> - Integra consulta de vigilância de HTA - Educação acerca da dieta, de perda de peso - Introduz perindopril+indapamida e tiotrópio - Mantém medicação com benzafibrato. 	
13.01.2011	H.J.M.S.	55 anos, sexo feminino	Rotina	<ul style="list-style-type: none"> - 2G2P - Menopausa aos 50 anos - Realizou terapia hormonal de substituição 	<ul style="list-style-type: none"> - CCV - Análises de rotina 	

Abreviaturas:

HTA: hipertensão arterial

TA: tensão arterial

DM: Diabetes mellitus

IMC: Índice de massa corporal

ECG: Electrocardiograma

AAS: ácido acetilsalicílico

RX: Raio-X

TC: Tomografia computadorizada

DPOC: Doença Pulmonar Obstrutiva

Crónica

DCA: Doença coronária aguda

ACP: auscultação cardíaco-pulmonar

EDA: Endoscopia Digestiva Alta

IBP: Inibidor da bomba de protões

CHAM: Centro Hospitalar do Alto Minho

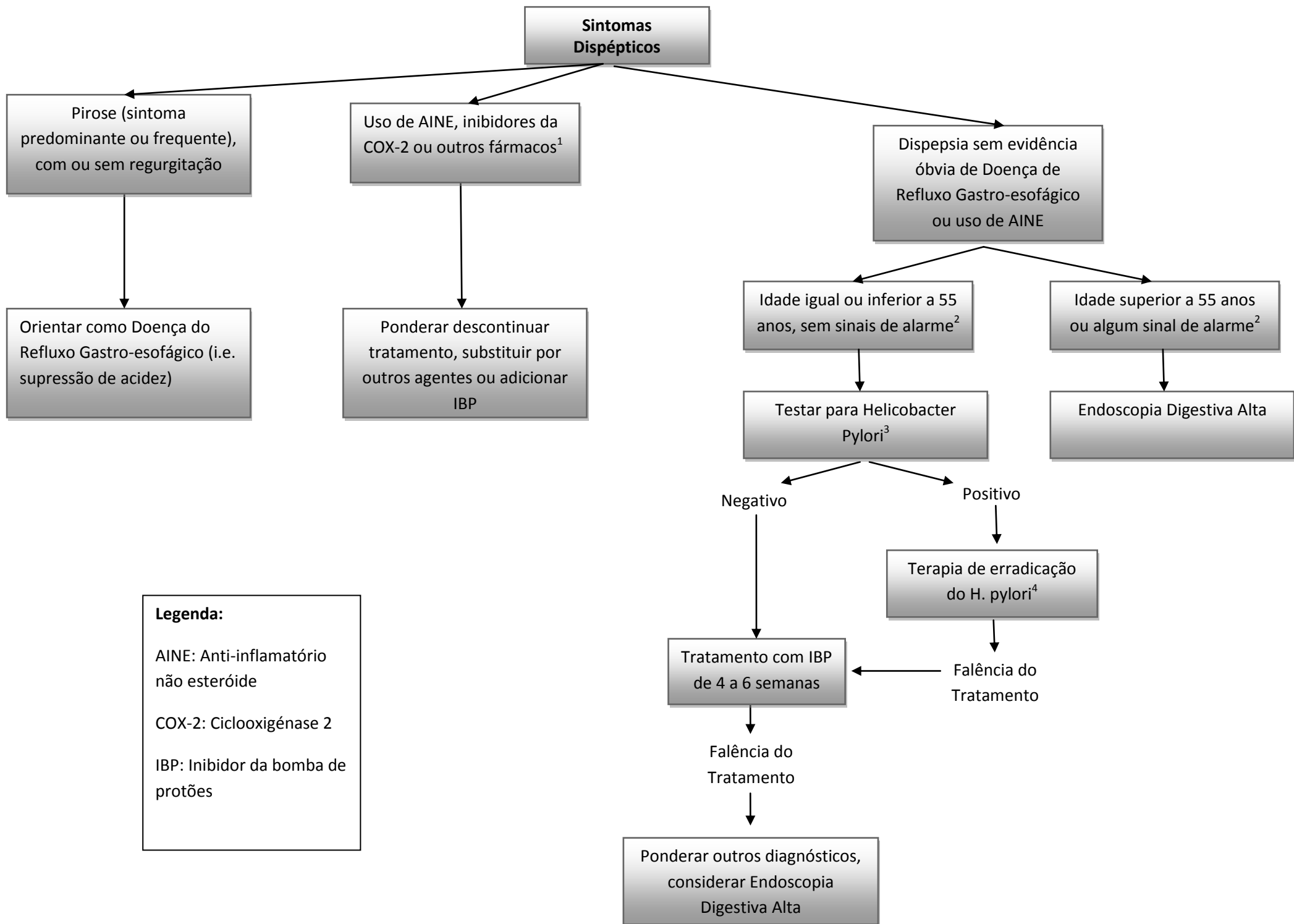
Fluxograma de Decisão - Dispepsia

Joana Afonso Ribeiro, Turma 2. Janeiro 2011.

Decidi realizar um fluxograma de decisão acerca da abordagem ao paciente com sintomas dispépticos (presença de sintomas considerados originários da zona gastroduodenal, como, por exemplo, sensação de desconforto gástrico ou sintomatologia semelhante a pirose). Trata-se de uma queixa bastante frequente nas consultas do adulto que observei na prestação de cuidados de saúde primários em ambiente rural.

Bibliografia:

- Guidelines Reino Unido para abordagem da dispepsia. Disponível em URL: eguidelines.com.uk
- Guidelines American Academy of Family Physicians. Disponível em URL: www.aafp.org
- Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, editores. Harrison Manual de Medicina. 17ª ed. Madrid: McGraw-Hill; 2008. p. 10-11



¹Outros fármacos mais frequentemente causadores de dispepsia:

- Antagonistas do cálcio
- Nitratos
- Bifosfonatos
- Esteróides

²Sinais de Alarme:

- Melenas (duração de pelo menos 1 dia)
- Vômitos persistentes
- Disfagia
- Hematemeses
- Anemia
- Perda involuntária de peso de pelo menos 5% do peso corporal

³Detecção H. Pylori:

- Teste respiratório ureia
- Pesquisa antigénios nas fezes
- Serologia laboratorial (quando devidamente validada)

⁴Terapêutica erradicação do H. Pylori:

- Regime com IBP + amoxicilina + claritromicina
- Regime com IBP + metronidazol + claritromicina

Medicina Comunitária – FMUP 2011

História Clínica: Medicina Comunitária

Joana Afonso Ribeiro, turma 2

Data e Local de recolha da informação

A informação foi colhida no dia 11.01.2011, no Centro de Saúde dos Arcos de Valdevez (Unidade de Cuidados de Saúde Primários).

Fonte e Fiabilidade da Informação

A fonte foi a doente, que se mostrava colaborante e aparentemente fiável. A história foi colhida com privacidade, não estando mais ninguém presente, para além da doente e da entrevistadora. Foi também realizada consulta do processo clínico em suporte informático.

Dados Demográficos

Nome: H.E.A.

Sexo: Feminino

Idade: 77 anos

Raça: Caucasiana

Naturalidade: Sistelo, Arcos de Valdevez

Residência: Sistelo, Arcos de Valdevez

Estado Civil: Viúva

Profissão: Agricultora reformada

Religião: Católica

Escolaridade: 2ª classe

Antecedentes Pessoais

Doenças da infância:

Desconhece doenças da infância.

Doenças prévias:

- Hipertensão Arterial (HTA) desde há pelo menos 16 anos, com atingimento cardíaco;
- Antecedentes de depressão (há 4 anos);
- Síndrome vertiginoso periférico (há pelo menos 2 anos)
- Excesso de peso (IMC = 29,9 Kg/m²)

Cirurgias e Internamentos:

A doente nega história de cirurgias e internamentos.

Acidentes e traumatismos:

Refere queda de umas escadas há 10 anos, que levou a fractura do punho.

Nega outros acidentes ou traumatismos.

Alergias e Transfusões:

Nega alergias alimentares ou medicamentosas e nega ter recebido transfusões sanguíneas.

História Ginecológica e Obstétrica:

Menarca aos 13 anos com interlúnios regulares e cataménios de cerca de 4 dias, com fluxo dentro da normalidade.

Coitarca aos 21 anos.

2 Gestações e 2 Partos de termo, sem história de abortamentos ou gravidez ectópica. Ambos os partos foram eutócicos e em casa. Os partos e puerpérios ocorreram sem intercorrências.

Amamentou ambos os filhos até aos 12 meses.

Nunca utilizou anticoncepcionais orais.

Menopausa aos 50 anos

Hábitos e Estilos de Vida**Alimentação:**

Normalmente faz 5 refeições diárias: pequeno-almoço, almoço, lanche, jantar e pequena ceia. Na sua alimentação há um grande consumo de hortaliças, consumo maioritariamente de carne e ovos, consumo reduzido de peixe. Come uma peça de fruta (geralmente uma pêra) antes de ir dormir.

Refere fazer restrição salina desde o diagnóstico de hipertensão arterial. Consome pouca água.

Tabaco, café, álcool e drogas:

Nega o consumo de qualquer um destes.

Viagens:

Viaja pontualmente para a Suíça, onde mora uma filha. A última viagem foi no Natal de 2009. Viveu lá durante 1 ano.

Nega outras viagens distantes da sua área de residência.

Actividade física:

Prática física praticamente inexistente, só aquela inerente a alguns trabalhos na horta, cuidar dos animais, e das lides domésticas.

Medicação habitual

- Valsartan+hidroclorotiazida (Co-Diovan[®]), 1x dia
- Furosemida (Lasix[®]), 1x dia
- Nebivolol (Nebilet[®]), 1x dia
- Digoxina (Lanoxin[®]), 1x dia
- Beta-histina (Betaserc[®]), 2x dia
- Ginkgo biloba (Biloban[®]), 1x dia
- Alprazolam (Xanax[®]), 2x dia
- Domperidona (Motilium[®]), 2 x dia

Rotina diária

Acorda por volta das 7h00 da manhã. Arranja-se e toma o pequeno almoço. Trata dos animais (2 ovelhas e 4 galinhas) e da horta. Por volta das 10h30 começa a cozinhar o almoço e come por volta do 12h00. No início da tarde descansa um pouco a ouvir rádio, e trata das lides domésticas. A meio da tarde lancha e começa a confeccionar o jantar. Janta por volta das 18h30, vendo um pouco de televisão e ouvindo um pouco de rádio. Vai para a cama por volta das 22h00. Fala com a filha esporadicamente, por telefone, à hora do jantar. Por vezes, no fim de semana e quando um dos vizinhos da freguesia se disponibiliza a levar o carro, frequenta a missa ao domingo.

História Social

Habitação:

A doente vive numa casa com luz, água canalizada, mas sem saneamento básico. Possui um aquecedor a óleo e fogão a lenha como fonte de aquecimento. A casa tem 3 quartos, 1 sala, uma cozinha e uma casa de banho. Tem animais (2 ovelhas e 4 galinhas).

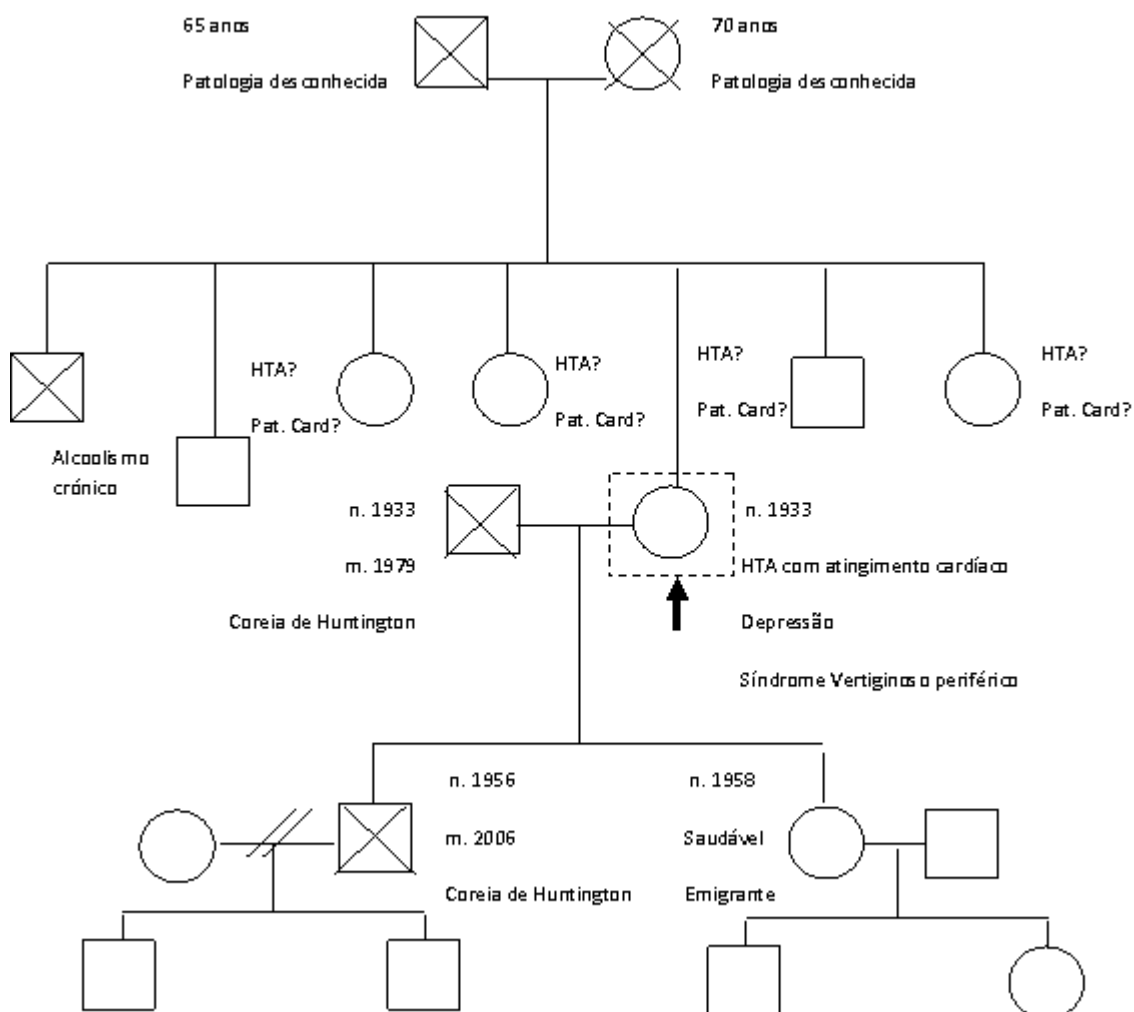
Estrutura familiar:

Vive sozinha. É viúva desde os 50 anos. Tem uma filha com 55 anos, casada e residente na Suíça. Tem quatro netos, dois de cada um dos filhos.

Antecedentes Familiares

1. Mãe: Faleceu por volta dos 70 anos, de patologia que a doente não soube especificar. Desconhece patologias de relevo.
2. Pai: Faleceu por volta dos 65 anos, de patologia que a doente não sabe especificar. Desconhece patologias de relevo.

3. Irmãos: 6 irmãos, 4 mais velhos (dois irmãos e duas irmãs) e 2 mais novos (um irmão e uma irmã). Os dois irmãos mais velhos já faleceram, sendo que a doente desconhece a patologia que conduziu a morte do mais velho. Refere que o segundo irmão faleceu de complicações relacionadas com alcoolismo, patologia que sofria desde muito novo. A doente diz que alguns deles têm hipertensão arterial e problemas cardíacos, mas desconhece outro tipo de patologias.
4. Marido: Faleceu aos 46 anos de Coreia de Huntington, a doente desconhece outras patologias.
4. Filho: Faleceu aos 50 anos de Coreia de Huntington. A doente desconhece outras patologias.
5. Filha: 52 anos, saudável.
6. Netos: Tem 4 netos, de idades compreendidas entre os 16 e os 21 anos, saudáveis.



Legenda:					
Homem	□	Mulher	○	Membro em estudo	↑
Morte	/	Agregado Familiar	□	Divórcio	//

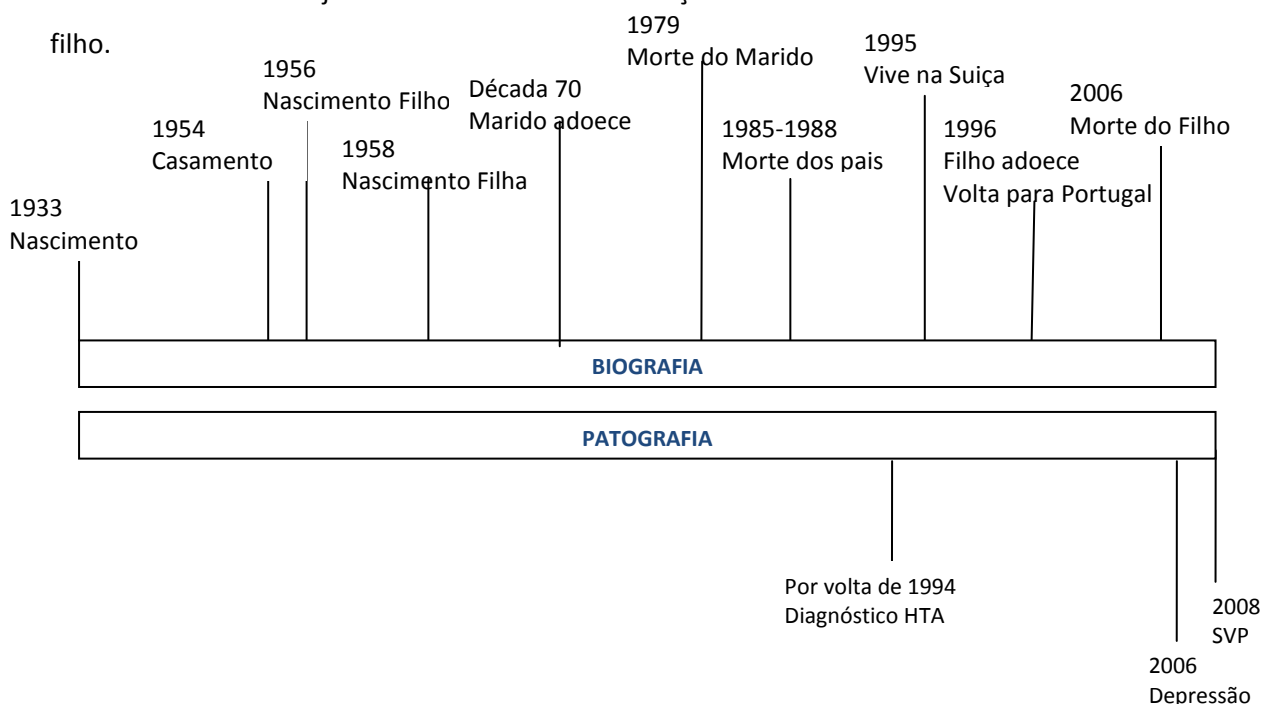
Biopatografia

H. nasceu em Abril de 1933, na freguesia de Sistelo, Arcos de Valdevez. Os seus pais eram agricultores, de origens muito humildes e com poucos recursos económicos. Tiveram no total 7 filhos, sendo que H. tem 4 irmãos mais velhos e 2 mais novos. A doente descreve a sua infância como normal para a época, mas que nos dias de hoje seria considerada árdua. Desde cedo acompanhou os pais e os irmãos mais velhos na lavoura, assim como ajudava nas lides domésticas e a cuidar dos dois irmãos mais novos. Aos 7 anos foi para a escola primária, que frequentou até à segunda classe. Continuou a actividade de agricultura dos pais.

Aos 21 anos casou-se com um rapaz de Trás-os-Montes, que tinha conhecido num baile da freguesia. Aos 23 anos teve o primeiro filho, um rapaz, e aos 25 o segundo, uma rapariga. Quando o marido tinha por volta de 35 anos começou a revelar uma “doença dos nervos” (sic), que H. já sabia existir na família dele. Durante cerca de uma década cuidou do marido, que se foi tornando progressivamente mais dependente, acabando por falecer em casa, aos 46 anos. Segundo H. “custou-me muito enterrar o meu marido antes dos meus pais”.

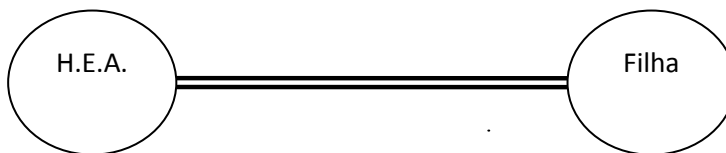
Entretanto os filhos já se tinham casado, sendo que o filho foi viver para a vila e a filha emigrou para a Suíça com o marido. Quando a filha engravidou já H. era viúva, tendo-se mudado para a Suíça para ajudar a filha a criar os netos. Viveu lá durante 1 ano.

Voltou para Portugal quando o filho começou com um quadro demencial, que se veio a revelar ser a mesma doença do marido. H. revela que esse foi o período mais difícil da vida dela, porque viu o filho a definhar “sem lhe poder valer de nada”. Conseguiu vários apoios da segurança social, em unidades de cuidados continuados, visto que o apoio social e a alimentação não conseguiam chegar à aldeia. Durante este processo H. divorciou o filho, visto que “a nora não lhe ligava nenhuma, nem deixava os filhos irem vê-lo” e “tinha medo que ela ficasse com tudo e não deixasse nada para os meus netos”. Ainda hoje não mantém nenhuma relação com a ex-nora nem com os netos do lado do filho.



Psicofigura de Mitchel

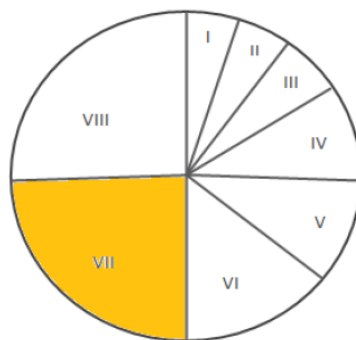
A psicofigura foi realizada pela utente, unindo, através de diferentes tipos de linhas de significado pré-estabelecido, os elementos do seu agregado familiar. Apesar de H. ser a única pessoa que constitui o agregado familiar, foi decidido incluir a filha, visto que é a pessoa com quem ela mantém uma relação mais próxima (normalmente via telefone).



Ciclo de Vida de Duvall

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

O agregado familiar neste caso, está na **fase VIII – Família a envelhecer**.



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

Apgar Familiar de Smylckstein

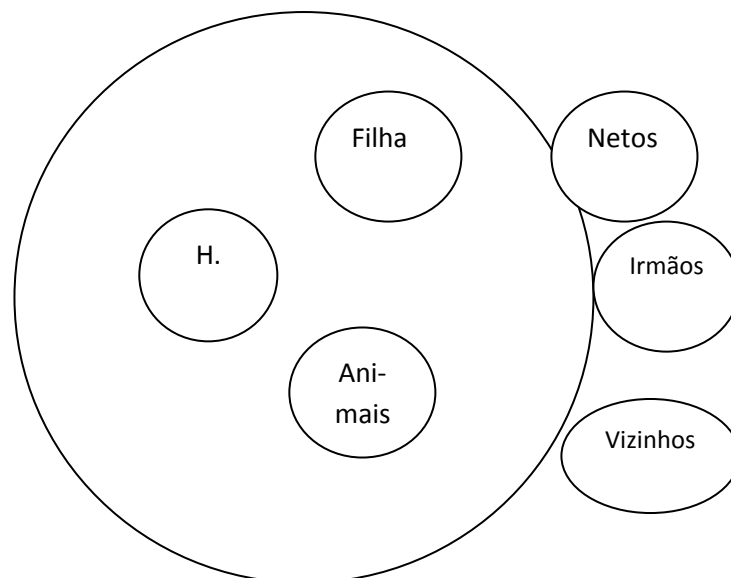
O Apgar familiar avalia o modo como o indivíduo sente a sua posição dentro da família, considerando a família como funcional ou disfuncional. Neste caso a soma dos pontos em relação à família nuclear foi 5, demonstrando uma família com moderada disfunção.

Quadro IV – APGAR Familiar de Smilkstein

APGAR	Quase sempre	Algumas Vezes	Quase Nunca
Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.	⊖	-	-
Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.	-	⊖	-
Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida.	-	⊖	-
Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.	-	○	-
Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.	-	-	⊖

Círculo Familiar de Thrower

O círculo familiar de Thrower é a representação gráfica do valor que têm para o indivíduo as pessoas (familiares, amigos, etc.) e ainda alguns seres ou objectos que lhe são próximos.



Da análise da figura, conclui-se que H. apenas coloca a filha e os animais domésticos com alguma proximidade familiar. Ainda considera, se bem que de forma muito mais distante, os netos, filhos da filha, os irmãos e alguns conterrâneos com os quais tem conversas de ocasião.

Classificação social de Graffar

Este método baseia-se num conjunto de 5 critérios, que permitem avaliar de forma global o nível socioeconómico da família. Inclui 5 classes, sendo que, a Classe I representa um nível social alto e a Classe V um nível social baixo, com necessidade de apoio social.

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

H. encontra-se na Classe média-baixa, no entanto creio que esta escala não reflecte na realidade o seu nível sócio-económico, visto que deverá ser inferior. H. recebe mensalmente uma reforma de cerca de 350€, no entanto refere que com o preço dos medicamentos e as deslocações que tem que fazer mal chega o dinheiro. A doente tinha poupanças, mas refere que gastou tudo aquando da doença do filho. A aldeia onde reside a doente é longínqua e de difícil acesso, pelo que é complicado ir à vila dos Arcos de Valdevez. Não tem transportes públicos adequados e por cada vez que tem que ir ao médico gasta aproximadamente 40€ em táxi, o que é pesado para o seu orçamento familiar.

Consulta 11 Janeiro 2011

Subjectivo

H. veio à consulta do médico de família para vigilância da HTA e para pedir medicação habitual. Não apresentava queixas “de novo” mas encontrava-se preocupada com dispepsia, de predomínio pós-prandial. Esta dor aliviava com domperidona, medicação que a doente realizou cronicamente mas que deixou de tomar nos últimos dias porque não tinha receitas.

Objectivo

Estado Geral:

Consciente, colaborante e orientada no tempo, no espaço e em relação aos outros.

Bom estado geral e nutricional. Mucosas coradas e hidratadas, anictéricas e acianóticas. Idade aparente coincidente com a idade real.

TA: 150/95 mmHg Pulso: 70 bpm

Parâmetros antropométricos:

Peso: 72 kg; Altura: 1,55 m; IMC: 29.9 Kg/m²

Cabeça e Pescoço:

Ausência de deformidades aparentes ou lesões a nível da face ou couro cabeludo. Mucosas coradas e hidratadas. Sem edema peri-ocular. A doente usa lentes de correcção para miopia. Não foi realizado exame da acuidade visual.

Sem alterações na forma ou configuração dos pavilhões auriculares. Otoscopia com algum cerúmen, sem outras alterações.

Ausência de adenomegalias retroauriculares, occipitais, cervicais ou supra-claviculares.

Tiróide não palpável.

Artérias carótidas sem dilatações ou palpações visíveis, sem sopros.

Tórax:

Simétrico, com expansibilidade e mobilidade normais. Sem deformidades visíveis.

Auscultação Cardíaca: S1 e S2 presentes. Sem sopros.

Auscultação Pulmonar: Sons respiratórios audíveis bilateralmente. Sem ruídos adventícios.

Mama: sem nodularidades palpáveis, alterações na forma ou escorrências.

Abdómen:

Abdómen globoso, simétrico, sem dismorfias ou circulação colateral. Panícula adiposa abundante.

Ruídos hidroaéreos presentes nos quatro quadrantes, de intensidade e frequência normais.

Timpanismo difuso.

Mole e depressível à palpação. Sem massas ou organomegalias palpáveis. Sem sinais de irritação peritoneal.

Membros e Dorso:

Membros superiores simétricos, sem atrofia das massas musculares.

Dor ligeira à mobilização articular dos membros superiores e inferiores, com diminuição da amplitude articular, mas sem relevância dado a idade da doente.

Dor à mobilização da coluna lombar.

Exame ginecológico, perianal e neurológico:

Não realizados.

Avaliação

- HTA medicada, com atingimento de órgãos alvo (atingimento cardíaco)
- Síndrome depressivo (em recuperação)
- Síndrome Vertiginoso Periférico
- Sintomas dispépticos inespecíficos (possível dismotilidade intestinal)
- Excesso de peso

Plano

Mantém a terapêutica habitual, re-introduzindo domperidona.

Consulta agendada para breve.

Comentário Final

H. é uma doente marcada pela morte precoce do filho e do marido, principalmente devido à evolução lenta e dolorosa da Coreia de Huntington. Trata-se de uma pessoa muito humilde, de baixo estrato sócio-económico, mas que apesar de tudo tenta ter uma perspectiva positiva da vida, e tenta manter contacto com a família que lhe resta (principalmente a filha). No entanto parece muito sozinha. Durante a colheita da história tentou-se solucionar parte dessa solidão, tentando que H. fosse a um Centro Paroquial existente na aldeia.

H. não se mostra muito preocupada com a sua saúde, por isso tentou-se fazer também uma consciencialização acerca das consequências da hipertensão.

Apêndice VII – Trabalho complementar

Título: “*Consumo de Substâncias com acção no Sistema Nervoso Central: os ansiolíticos e o álcool*”

Resumo

Objectivos: Caracterizar o consumo de ansiolíticos, sedativos, hipnóticos e álcool numa amostra de utentes do CSSJ (amostra urbana) e da UCSPAV (amostra rural). Evidenciar potenciais usos com maior possibilidade de interações entre substâncias com acção no SNC e de reacções paradoxais. Identificar quais os profissionais de saúde que, nesta amostra, mais prescrevem essas substâncias.

Materiais e Métodos: Realizou-se um estudo observacional transversal através de aplicação de um questionário por entrevista (Apêndice VIII), a adultos utentes das duas unidades de saúde.

Resultados: 54,9% do total da amostra apresentou consumo de ansiolíticos, sendo que 36% do total de indivíduos consome ansiolíticos na actualidade. As mulheres constituem 72% dos consumidores. A faixa etária dos 36 aos 65 anos é aquela que apresenta maior consumo (59%). Nos indivíduos maiores de 65 anos verifica-se maior consumo na amostra rural. Nas duas amostras as benzodiazepinas são a substância mais consumida (67% da amostra total), e o Médico de Família o principal responsável pelas prescrições. O consumo alcoólico é superior na amostra rural e no género masculino. 32% dos consumidores de ansiolíticos consome álcool. Em 18% dos consumidores de ansiolíticos verificou-se o consumo concomitante de outro psicofármaco.

Conclusão: Nas amostras analisadas verifica-se um consumo elevado de ansiolíticos e de álcool. Identificaram-se como factores predisponentes para o consumo de ansiolíticos o meio urbano, sexo feminino, e adultos dos 35 aos 65 anos, e para o consumo alcoólico o meio rural, sexo masculino, e faixa etária entre os 35 e os 65 anos.

1. Introdução

Os psicofármacos (PF), substâncias com acção no Sistema Nervoso Central (SNC) são substâncias de ampla utilização em todo o mundo.

Inseridos na categoria dos PF, os ansiolíticos, sedativos e hipnóticos são amplamente conhecidos e comercializados. Estes medicamentos têm como principal indicação o tratamento das síndromes de ansiedade, primárias ou secundárias, e/ou a indução ou manutenção do sono.¹

Existem diversos grupos farmacológicos com estas acções, de uso actual, nos quais se incluem as benzodiazepinas (BZP), novas substâncias quimicamente diferentes das benzodiazepinas (zolpidem e zolpiclone), azopironas (buspirona) e extractos de plantas cujo mecanismo ainda não se encontra elucidado (valeriana).^{1,2}

As BZP foram introduzidas na prática clínica no início dos anos 60, e apesar de alguns receios iniciais acerca do potencial de dependência e de depressão do SNC, esses não se verificaram.³ Tornaram-se assim dos PF mais consumidos.

As BZP não são, no entanto, completamente inócuas. Todas elas podem induzir tolerância, dependência física e psíquica. Devem ser prescritas com cautela nos idosos e nas crianças, por maior incidência de efeitos paradoxais. As suas interacções mais frequentemente descritas são com outros depressores do SNC e com o álcool.^{2,3}

Em Portugal o consumo de ansiolíticos, sedativos e hipnóticos tem conhecido um franco aumento, do qual se destaca o consumo de BZP. Segundo as Estatísticas do Medicamento 2009 dentro das 100 substâncias activas com maior número de embalagens vendidas no SNS encontram-se 5 ansiolíticos, sendo quatro deles BZP (em 4º lugar o alprazolam, em 9º o Lorazepam, em 21º o diazepam e em 77º o mexazolam) e a outra, o zolpidem (em 23º lugar).⁴

O consumo de ansiolíticos na região norte (166,6 Dose Diária Definida (DDD)/1000 habitantes/dia) é ligeiramente superior ao da média nacional (116,3 DDD/1000 habitantes/dia), e estes dois valores são manifestamente superiores ao melhor valor da União Europeia (UE) dos 15 (Alemanha – 42,3 DDD/1000habitantes/dia).⁵

O álcool, depressor do SNC, é grandemente consumido em Portugal. É também um indicador da saúde mental do país, sendo actualmente avaliado pelo Alto Comissariado para a Saúde como indicador da saúde mental dos Portugueses.⁶

O consumo alcoólico total de álcool puro na população com mais de 15 anos, na Europa, é de aproximadamente 12,2 litros per capita, por ano. Em Portugal esse consumo é superior e ronda os 14,6 litros anuais per capita, tendo-se mantido estável nos últimos anos.⁷

O alcoolismo é actualmente, em Portugal, uma das doenças psiquiátricas mais prevalentes. O consumo alcoólico e os problemas dele decorrente constituem um importante problema de Saúde Pública e interferem com variados aspectos da vida do indivíduo, conduzindo a problemas de saúde individual e familiar. Os problemas ligados ao álcool têm grande prevalência em Portugal.⁸

Os objectivos deste estudo são:

- Caracterizar o consumo de ansiolíticos, sedativos e hipnóticos numa amostra de utentes do Centro de Saúde de São João (CSSJ) - amostra urbana - e da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados dos Arcos de Valdevez (UCSPAV) – amostra rural.
- Caracterizar o consumo alcoólico da mesma amostra.
- Evidenciar potenciais usos com maior possibilidade de interacções entre substâncias com acção no SNC (especialmente consumo de ansiolíticos com álcool ou consumo concomitante de vários PF), assim como aqueles com maior possibilidade de reacções paradoxais (por exemplo doentes idosos).
- Identificar quais os profissionais de saúde que, nesta amostra, mais prescrevem essas substâncias.

2. Materiais e Métodos

Foi realizado um estudo observacional transversal. A população alvo consistiu em adultos portugueses, com idade mínima de 18 anos, utentes do CSSJ e da UCSPAV com os quais houve contacto directo, que compareceram a consulta programada ou consulta aberta, entre os dias 6 de Dezembro de 2010 e 14 de Janeiro de 2011, perfazendo um total de 20 dias.

Os dados foram obtidos por aplicação de inquérito (Apêndice VIII) através de entrevista. Foram realizadas entrevistas experimentais antes da aplicação na população alvo, sendo que o tempo médio aproximado foi de 1,5 minutos.

A amostra teve um total de 144 utentes.

Os dados obtidos foram analisados através do Microsoft Office Excel 2007 ®

Foram consideradas e tratadas as seguintes variáveis:

- Independentes:
 - Género: feminino e masculino
 - Idade: estratificada em 18-35 anos, 36-65 anos e >65 anos

- Dependentes:
 - Consumo ansiolíticos, hipnóticos e tranquilizantes
 - Caracterização do consumo: actual/passado
 - Substância consumida: BZP, substâncias quimicamente distintas das BZP, azopironas e valeriana
 - Obtenção consumo: prescrição por médico de família, médico outras especialidades, psiquiatra, auto-medicação
 - Consumo outros PF (PF antidepressivos e PF antipsicóticos)
 - Consumo alcoólico: estratificado em 0, consumo esporádico pouca quantidade, consumo regular ≤ 20 g álcool/dia, entre 21-60 g álcool/dia, > 60 g álcool/dia

3. Resultados

- **Caracterização da amostra**

Do total dos 144 utentes dos centros de saúde, 60 % são do sexo feminino e 40% do sexo masculino. Na tabela 1 encontra-se discriminada a população das duas amostras extraídas dos dois centros de saúde, com a respectiva estratificação etária.

	Urbano		Rural	
	n	%	n	%
Distribuição por género				
Feminino	48	63,2	38	55,9
Masculino	38	36,8	30	44,1
Distribuição etária				
18-35 anos	15	19,7	10	14,7
36-65 anos	50	65,8	41	60,3
> 65 anos	11	14,5	17	25

Tabela 1 – Amostra integrante do estudo

- **Consumo ansiolíticos**

Do total dos indivíduos inquiridos, 57 % consomem ou já consumiram PF, sendo que 96 % destes são da classe dos ansiolíticos, tranquilizantes e hipnóticos.

Em relação à classe dos ansiolíticos, 54,9 % do total da amostra consome ou já consumiu esse tipo de PF, sendo que o consumo por amostra se encontra discriminado na figura 1. Considerando todos os indivíduos, 36% da amostra total consome actualmente ansiolíticos, constituindo 37 % do total da amostra urbana e 36 % do total da amostra rural.

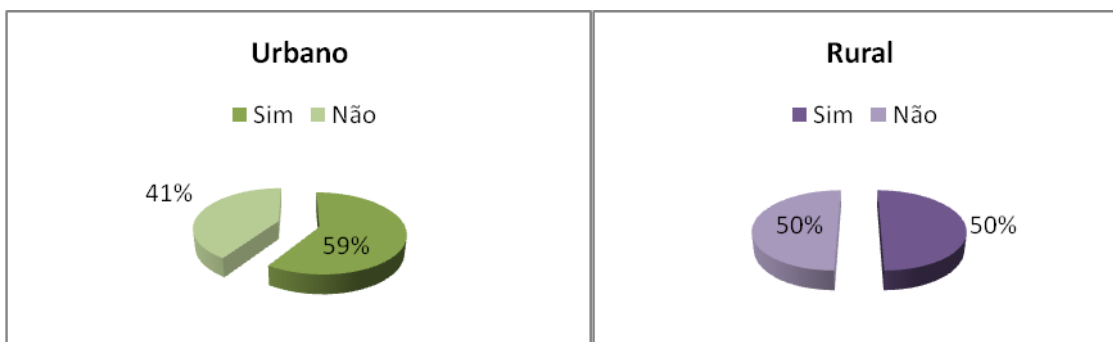


Figura 1 – Consumo (actual ou passado) de ansiolíticos nas duas amostras

Em termos de género, as mulheres consomem mais ansiolíticos, e, tendo em conta a amostra global, constituem 72% dos consumidores, sendo apenas 28% dos indivíduos do sexo masculino. A figura 2 ilustra as diferenças entre as duas amostras, tendo em conta o género do consumidor.

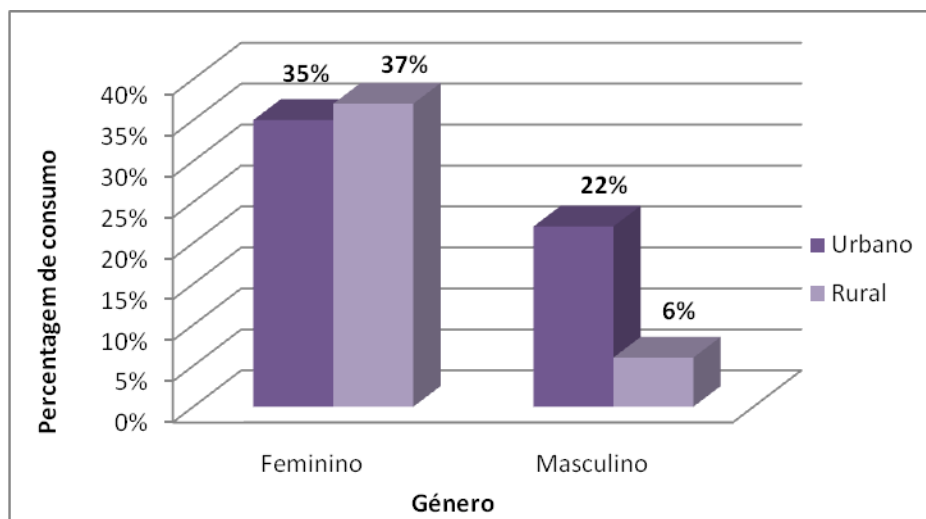


Figura 2 – Consumo de ansiolíticos por género, nas duas amostras

A faixa etária que apresenta a frequência de consumo mais elevada é a dos 36 aos 65 anos, constituindo 59% dos indivíduos que consomem ou alguma vez consumiram ansiolíticos. O consumo de ansiolíticos discriminado por faixa etária, nas duas amostras, encontra-se representado na figura 3.

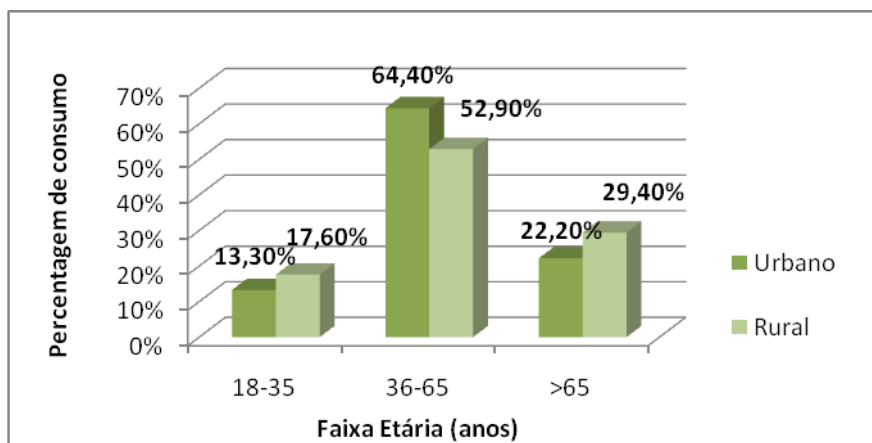


Figura 3 – Consumo de ansiolíticos por faixa etária, nas duas amostras

Os ansiolíticos mais consumidos são as BZP, constituindo 67 % dos fármacos consumidos pela população que consome ou alguma vez consumiu ansiolíticos. A Figura 4 representa as classes de ansiolíticos consumidas em ambas as amostras.

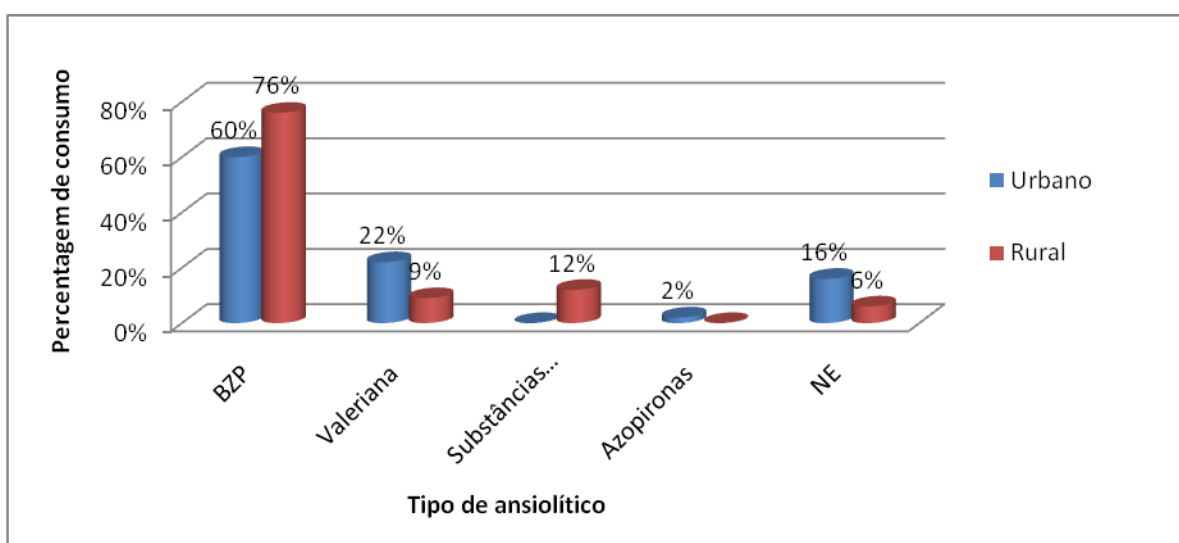


Figura 4 – Consumo por tipo de ansiolítico, nas duas amostras

Em termos de obtenção da prescrição do consumo, o MF foi o profissional que mais indicou a toma de ansiolíticos, correspondendo a 62,0 % dos indivíduos que consomem ou alguma vez consumiram essas substâncias. O modo de obtenção das substâncias ansiolíticas nas duas amostras encontra-se representado na figura 5. Destaca-se que no meio rural percentagem de

prescrição pelo MF é superior, não ocorrendo casos de prescrição por médico psiquiatra nem por auto-medicação.

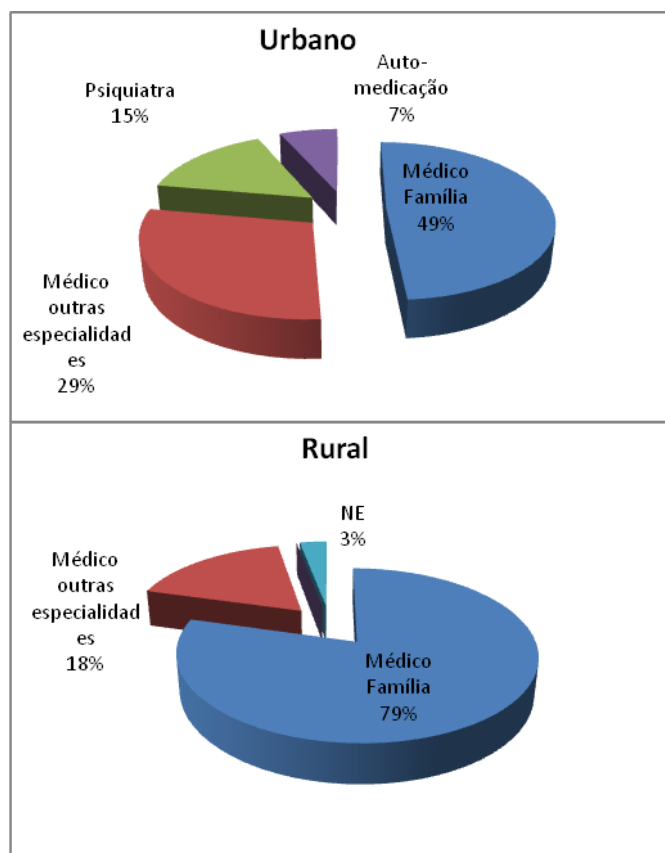


Figura 5 – Forma de obtenção do ansiolítico nas duas amostras

- **Consumo Alcoólico:**

Quanto ao consumo alcoólico, as características do consumo encontram-se sumarizadas na Figura 6. A percentagem de doentes residentes na área urbana e na rural, que não ingerem bebidas alcoólicas é, respectivamente, 62% e 47%. A média do consumo alcoólico por dia no meio urbano é de 18,33 gramas, e de 36,56 gramas no meio rural, naqueles indivíduos em que foi possível quantificar o consumo alcoólico (excluiu-se os indivíduos que consomem álcool esporadicamente em quantidades reduzidas).

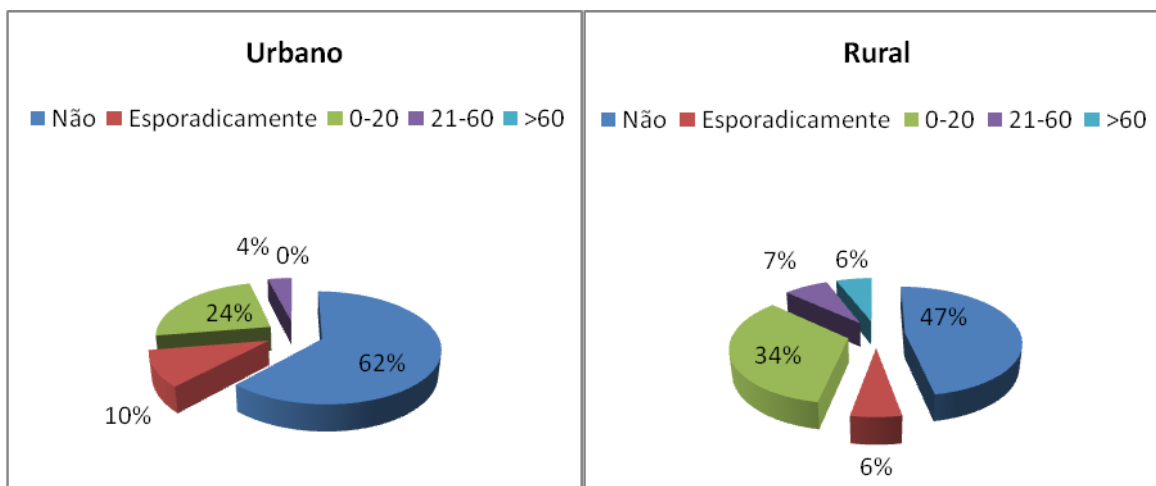


Figura 6 – Consumo alcoólico na amostra urbana e rural

Em termos de caracterização do consumo alcoólico por género, as mulheres consomem menos álcool do que os homens, nas duas amostras. Do total de indivíduos que consomem álcool, 66 % são do sexo masculino e 34 % do sexo feminino.

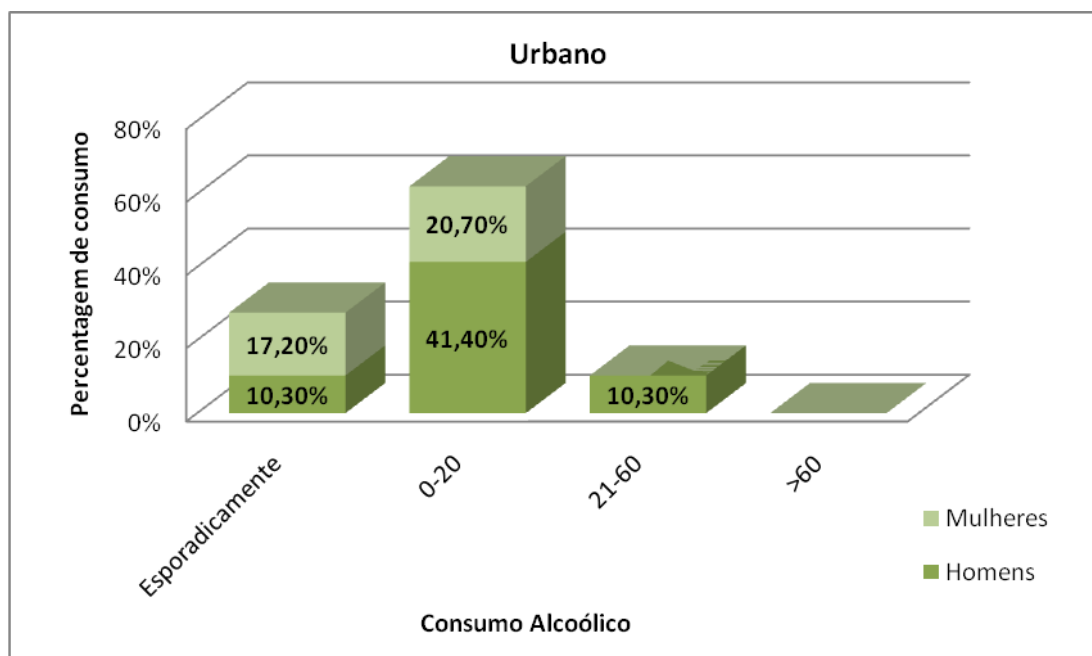


Figura 7 - Consumo alcoólico por género na amostra urbana

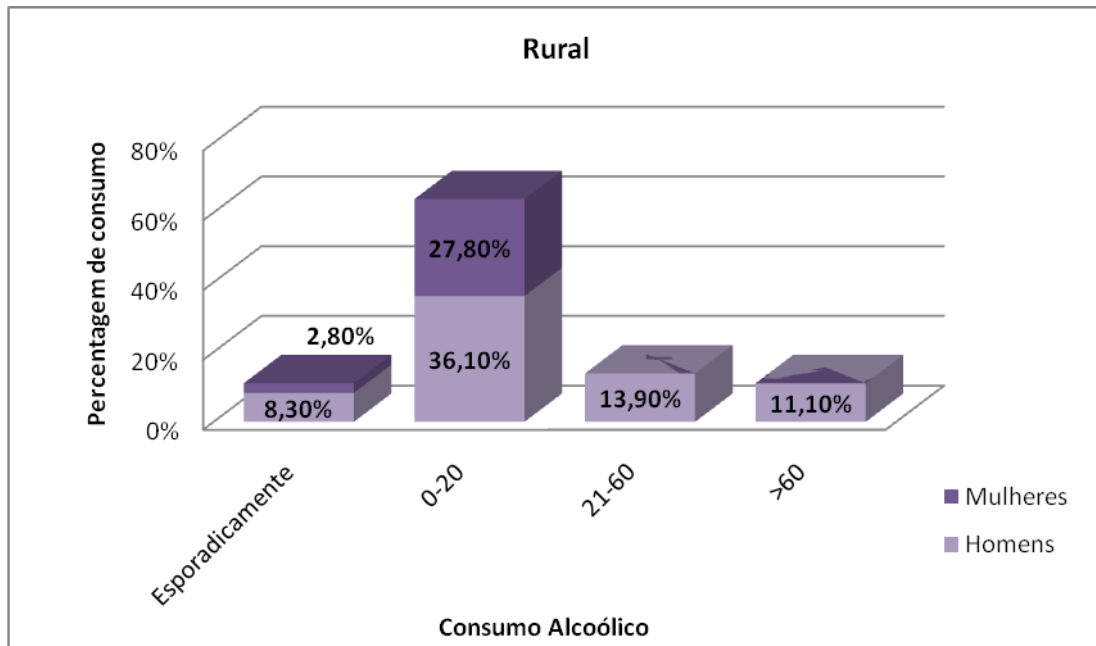


Figura 8 – Consumo alcoólico por género na amostra rural

- **Consumo concomitante de substâncias com ação no SNC:**

Em termos de consumo concomitante de ansiolíticos e de álcool, verificou-se que a maioria dos indivíduos que consome ansiolíticos não consome álcool, constituindo 70 % da amostra total. Dos consumidores de ansiolíticos, 32% consomem álcool, sendo que a maioria (19 % dos consumidores de ansiolíticos) consome menos de 20 gramas de álcool por dia. Não se verificaram casos de consumo diário de álcool superior a 60 gramas com consumo de ansiolíticos. O consumo concomitante de ansiolíticos e álcool corresponde a 37 % na amostra urbana e a 27% na amostra rural.

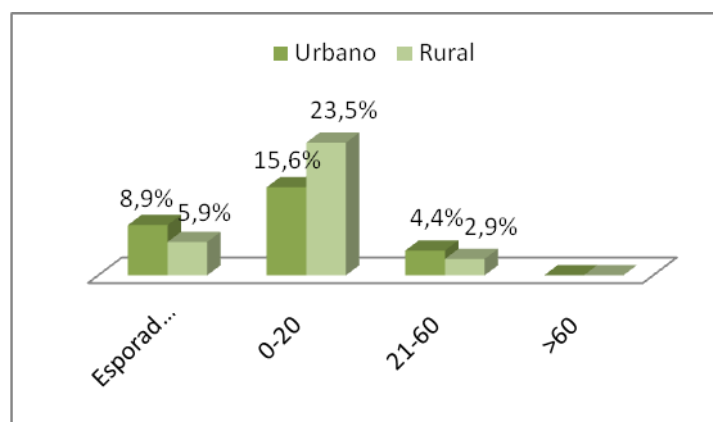


Figura 9 – Consumo concomitante de ansiolíticos e álcool, nas duas amostras

18% da amostra total dos consumidores de ansiolíticos consumia também outro PF, sendo mais comum a associação ansiolítico do tipo BZP e antidepressivo (constituindo 79% das associações de PF). Existe apenas um caso de associação entre ansiolítico com um antipsicótico, tendo ocorrido no meio rural. Tendo em conta as duas amostras em separado, apenas 16% e 21% dos indivíduos consumidores de ansiolíticos consome outro PF, na amostra urbana e rural, respectivamente.

4. Discussão

Verifica-se que existe um consumo elevado de PF ansiolíticos e de álcool nas populações estudadas.

Na população adulta mundial, o consumo de PF acontece em 14% dos homens e em 25% das mulheres. Este tipo de medicação é mais consumido pelo género feminino. Em ambos os géneros o consumo aumenta com a idade.^{9,10}

O consumo actual de ansiolíticos na amostra analisada (36%) é superior a outros países da UE, como a França (prevalência de consumo de 20,3%) ou a Bélgica (prevalência de consumo de 19%).^{9,11}

Apesar do que foi observado noutros estudos, em que o consumo de tranquilizantes nos adultos era de aproximadamente 9%⁹, neste estudo houve um maior consumo de PF sendo os ansiolíticos a classe mais consumida (55% da amostra total consome ou já consumiu).

Os resultados obtidos neste estudo vão de encontro à bibliografia consultada, que revela que o consumo de PF ansiolíticos é mais elevado no sexo feminino. No estudo dos médicos-sentinela constatou-se que a prescrição de ansiolíticos no sexo feminino era 2,8 vezes superior ao do sexo masculino.¹⁰

Nas duas amostras o consumo é mais elevado na faixa etária média, dos 36 aos 65 anos, com maior relevância no meio urbano. Isto pode-se dever a um estilo de vida mais exigente num meio citadino. No meio rural verifica-se um maior consumo deste tipo de PF em indivíduos idosos, em comparação com a mesma faixa etária no meio urbano, o que pode resultar de um maior isolamento neste meio, e de menores apoios sociais.

O menor consumo de ansiolíticos no meio rural pode-se explicar por um estilo de vida associado a menos stress, ou também devido a alguma “negligência” de patologias do foro psiquiátrico.

Identificam-se como factores predisponentes para o consumo de ansiolíticos o sexo feminino, a idade entre os 35 e os 65 anos, e o meio urbano.

Os ansiolíticos mais consumidos foram as BZP, e entre estas o alprazolam, o que vai de encontro ao padrão nacional.^{4,10} As BZP mais consumidas são o alprazolam (nomes

comerciais Xanax) e o loflazepato de etilo (de nome comercial Victan). Em relação aos outros ansiolíticos observou-se um consumo de valeriana no meio urbano muito superior ao do meio rural, constituindo a substância mais consumida, enquanto a substância zolpidem apenas foi prescrita neste último, sendo a segunda substância mais consumida. Este facto pode acontecer devido aos doentes integrados no estudo serem de poucos médicos de família, e poderá revelar padrões de prescrição pelo clínico.

Em termos de prescrição, o médico de família é o responsável pela maior parte das prescrições nos dois meios, mas no meio rural a sua importância é maior. Este facto vai de acordo à bibliografia sobre o assunto, que refere que a maioria do consumo de psicofármacos na população adulta é realizado com prescrição médica pelo MF.^{9,10} Num estudo da população do Reino Unido 80% da prescrição de psicofármacos foi realizada pelo especialista em Medicina Geral e Familiar, um valor muito próximo ao obtido na amostra rural (79%).¹² Não se verificam casos de prescrição por psiquiatras no meio rural, o que pode demonstrar alguma iniquidade no acesso a cuidados de saúde mentais por parte desta população.

O consumo alcoólico na amostra total é superior ao estimado pela Organização Mundial de Saúde para Portugal (14,6 litros de álcool puro per capita por ano) e para a Europa (12,2 litros de álcool puro per capita por ano).⁷ O consumo alcoólico é mais elevado na amostra rural, o que se pode explicar pelos hábitos e estilos de vida desta população. Trata-se de uma região agrícola em que muitos indivíduos têm produção própria de vinho, e portanto um acesso facilitado a bebidas alcoólicas. Identificam-se como factores predisponentes para um maior consumo alcoólico o sexo masculino, faixa etária média e meio rural.

Quanto ao consumo concomitante de substâncias com acção no SNC, a prevalência de doentes inquiridos que tem um consumo alcoólico elevado juntamente com ansiolíticos é diminuta. A maioria consome álcool em quantidades moderadas (consumo regular de menos de 20 g/dia) ou esporadicamente em pouca quantidade, o que é pouco relevante em relação às acções deprimoras do SNC.

Quanto à associação entre PF, os PF antidepressivos foram aqueles mais consumidos com PF ansiolíticos, o que reflecte a realidade da saúde mental portuguesa. Num estudo no CS de Góis verificou-se uma prevalência de 23,3% de consumo concomitante de ansiolíticos e de antidepressores, valor que é mais aproximado do obtido na amostra rural (21%).¹⁰

O estudo realizado padece de algumas limitações. Em relação ao desenho, a amostra é de dimensões reduzidas, o que não permite fazer uma extrapolação para as populações em causa. Poderá ter ocorrido um viés de selecção, pelos inquéritos terem sido obtidos através de consulta de dois médicos de família, não tendo abarcado domicílios e não terem sido obtidos de forma aleatória. O consumo de ansiolíticos não foi caracterizado tendo em conta a patologia de base, como “ansiedade” ou “insónia”, o que poderia ajudar a compreender a saúde mental das populações estudadas. Os indivíduos não foram caracterizados de acordo com o seu contexto sociocultural.

Como pontos que valorizam o estudo existem o mesmo método de selecção das duas amostras, assim como o seu tamanho semelhante. A entrevista foi realizada pelo mesmo entrevistador, e a obtenção de dados por entrevista directa permitiu uma melhor orientação para os objectivos do estudo.

5. Conclusão

Este estudo evidencia que o consumo de PF ansiolíticos e de álcool é elevado na população em estudo. Identificaram-se como factores predisponentes para o consumo de ansiolíticos o meio urbano, sexo feminino, e em adultos dos 35 aos 65 anos. Quanto ao consumo alcoólico os factores predisponentes identificados incluem o meio rural, sexo masculino, e meia-idade (faixa etária entre os 35 e os 65 anos).

O MF é o especialista que no total mais prescrições realiza, daí ser o profissional de saúde alvo para educação em relação a patologias do foro psiquiátrico.

O consumo alcoólico elevado nesta amostra, principalmente no meio rural, demonstra que o consumo alcoólico ainda é um factor de preocupação no nosso país. Apesar de não se terem verificado muitos casos de consumo concomitante de ansiolíticos e de álcool (em relação ao caso das BZP), será necessário que o MF esteja consciencializado para consumos alcoólicos, alertando os consumidores de PF para a probabilidade elevada de interacções medicamentosas.

Dado o elevado consumo de ansiolíticos, e principalmente de BZP, na população com idade superior a 65 anos, o que aconteceu de modo mais evidente no meio rural, poderá ser útil a educação para a saúde acerca das possíveis reacções paradoxais às BZP, de maior incidência na população idosa. Poder-se-á alertar para este facto tanto o idoso como o prestador de cuidados de saúde.

6. Bibliografia

1. Prontuário terapêutico on-line. Disponível em URL
2. Guimarães S, Moura D, Silva PS. “Terapêutica medicamentosa e suas bases farmacológicas” 5ª Edição. Janeiro 2006. Capítulo 7
3. Observatório do Medicamento e dos Produtos de Saúde. “Evolução do consumo de benzodiazepinas em Portugal de 1995-2001”. Dezembro 2002
4. Instituto Nacional de Farmácia e do Medicamento. Estatísticas do Medicamento 2009. INFARMED
5. Alto Comissariado para a Saúde. “Consumo de medicamentos ansiolíticos, hipnóticos e sedativos e antidepressivos no mercado do SNS, em ambulatório” Actualizado a 21 Out 2010. Disponível em URL
6. Alto comissariado para a saúde: indicadores de consumo alcoólico. Disponível em URL
7. “Portugal Country profile on alcohol consumption”. World Health Organization 2009. Disponível em URL
8. Gomes C. Papel do médico de família na detecção e intervenção nos problemas ligados ao álcool a nível dos Cuidados de Saúde Primários. Rev Port Clin Geral 2004;20:101-18
9. “Psychotropic medications”. Observatoire français des drogues et des toxicomanies 2002. Disponível em URL: www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/dd02gbh.pdf
10. Falcão I, Monsanto A, Nunes Baltazar. Prescrição de psicofármacos em Medicina Geral e Familiar: um estudo na Rede Médicos-Sentinela. Rev Port Clin Geral. 2007; 23:17-30
11. Bruffaerts R, Bonnewyn A, Van Oyen H, Demarest S, Demyttenaere K. Psychotropic drug use in the Belgian non-institutionalized population. Rev Med Liege. 2005 Mar;60(3):181-8
12. Ohayon MM, Caulet M, Priest RG, Guilleminault C. Psychotropic medication consumption patterns in the UK general population. Clin Epidemiol. 1998 Mar;51(3):273-83

Apêndice VIII

INQUÉRITO - consumo ansiolíticos e álcool

Estou a realizar um inquérito no âmbito de um trabalho para a Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, subordinado ao tema “Características do consumo de Ansiolíticos e bebidas alcoólicas na população portuguesa”. O tempo médio de resposta ao inquérito é de menos de 1 minuto. O inquérito é anónimo e os dados serão tratados de modo confidencial.

Obrigada pela sua disponibilidade,

Joana Ribeiro, aluna do 6º ano da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

SEXO Masculino Feminino IDADE

1. CONSOME OU ALGUMA VEZ CONSUMIU ANSIOLÍTICOS/CALMANTES?

Não Sim

2. ACTUALMENTE AINDA CONSOME ANSIOLÍTICOS/CALMANTES?

Não Sim

3. QUAL O NOME? _____

4. QUEM INDICOU A TOMA?

Médico de Família Psiquiatra Auto-medicação

Farmacêutico

Outro médico

5. CONSOME ÁLCOOL COM REGULARIDADE?

SIM NÃO

SE SIM, QUE QUANTIDADE? _____

- Se o consumo de ansiolíticos foi no passado: Consumia álcool na altura?