



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2010/2011

Ana Rita Vieira da Silva Dias

Relatório de Estágio Profissionalizante em Medicina Comunitária

Abril, 2011

FMUP



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Ana Rita Vieira da Silva Dias

Relatório de Estágio Profissionalizante em Medicina Comunitária

Mestrado Integrado em Medicina

Área: Medicina Comunitária

Trabalho efectuado sob a Orientação de:

Dr. Abílio Malheiro

Abril, 2011

FMUP

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

Eu, ANA RITA VIEIRA DA SILVA DIAS, abaixo assinado, nº mecanográfico 050801143, 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, 10/04/2011

Assinatura: Ana Rita Vieira da Silva Dias

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
2010/2011

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

Projecto de Opção do 6º ano – DECLARAÇÃO DE REPRODUÇÃO

Nome: ANA RITA VIEIRA DA SILVA DIAS

Endereço electrónico: med05143@med.up.pt **Telefone ou Telemóvel:** 253 647 307

Número do Bilhete de Identidade: 137 84 092

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

RELATÓRIO DE ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE EM MEDICINA COMUNITÁRIA

Orientador:

DR. ABÍLIO HALHEIRO

Ano de conclusão: 2011

Designação da área do projecto:

MEDICINA COMUNITÁRIA

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

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 10/04/2011

Assinatura: Ana Rita Vieira da Silva Dias

RELATÓRIO DE ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE EM MEDICINA COMUNITÁRIA

RESUMO

Este relatório de estágio descreve as actividades realizadas ao longo da Residência de Medicina Comunitária. Esta disciplina permitiu o primeiro contacto clínico com os Cuidados de Saúde Primários ao longo do Mestrado Integrado em Medicina.

Definiram-se como objectivos a caracterização das unidades de saúde onde decorreu a residência, dos seus utentes, a descrição das actividades realizadas e a avaliação do contributo da residência na formação académica.

As actividades realizadas durante o estágio incluíram assistência a seminários e palestras, assistência a consultas de Medicina Geral e Familiar e a consultas domiciliárias multidisciplinares, observação de procedimentos de Enfermagem, uma visita ao Centro Integrado de Apoio à Deficiência do Porto, registo de consultas, realização de um folheto sobre “Prevenção da Doença Cardiovascular”, de uma reflexão sobre como “Comunicar Más Notícias”, colheita de uma História Clínica e Familiar e elaboração de um fluxograma sobre “Rastreio do Carcinoma do Cólon e do Recto nos Cuidados de Saúde Primários”. Realizou-se ainda um estudo onde se investigaram os motivos de consulta/seguinto dos utentes da consulta programada e os problemas agudos que levaram os pacientes à consulta aberta.

Verificou-se no final do estágio que a Medicina Comunitária tem um papel fundamental no acompanhamento do paciente e das suas múltiplas patologias, o que implica o conhecimento de diversas áreas do saber. Concluiu-se também que o estágio foi enriquecedor do ponto de vista do conteúdo teórico, da aprendizagem acerca do modo de actuação dos Cuidados de Saúde Primários e também no desenvolvimento de competências pessoais de comunicação.

ABSTRACT

This report describes the activities carried out during the Community Medicine Residency Program, which allowed a first clinical contact with the Primary Health Care Services during the Master's degree in Medicine.

The main goals were the characterization of the health centers where the residences took place as well of their users, description of the developed activities and evaluation of the residence's contribution to academic training.

The developed activities included seminars and workshops, participation on Family Medicine consultations and multidisciplinary domiciliary visits, observation of nursing procedures, a visit to Oporto's Integrated Disability Support Centre, consultation's registers, elaboration of a brochure on "Prevention of Cardiovascular Disease", a reflection on "Communicating Bad News", a Medical and Family History and a flowchart on "Screening of Colon and Rectum Carcinoma in Primary Care". In addition, a study was conducted, which investigated the reasons for consultation/follow-up of the scheduled consultation's users and the acute problems of the unscheduled consultation's users.

At the end of the residency program, the Community Medicine's central role in monitoring the patient and his multiple pathologies was verified, as well as its implications on the understanding of various areas of knowledge. In conclusion, the internship was rewarding regarding academic contents, comprehension of the Primary Health Care Services dynamics and development of communication skills.

ÍNDICE

Siglas	2
Figuras e Tabelas	2
Introdução	3
Objectivos	4
Caracterização das Unidades de Saúde	5
Descrição dos Utentes	8
Descrição das Actividades	11
Seminários	11
Actividades Realizadas nas Unidades de Saúde	11
Estudo Complementar	14
Conclusão	16
Bibliografia	18
Apêndices	
Anexos	

SIGLAS

MGF	Medicina Geral e Familiar
CSP	Cuidados de Saúde Primários
MF	Médico de Família
FMUP	Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
MC	Medicina Comunitária
CSSJ	Centro de Saúde São João
UCSPA	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Amares
US	Unidade de Saúde
SNS	Sistema Nacional de Saúde
ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
EMV	Esperança Média de Vida
HTA	Hipertensão Arterial
DM	Diabetes mellitus
ICPC-2	Classificação Internacional de Cuidados Primários

FIGURAS E TABELAS

Tabela 1	Caracterização das Unidades de Saúde
Tabela 2	Temas abordados nos Seminários de Medicina Comunitária
Figura 1	Pirâmide etária do Centro de Saúde São João
Figura 2	Pirâmide etária da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Amares

INTRODUÇÃO

A Medicina Geral e Familiar (MGF) é uma disciplina académica e científica, e é também uma especialidade orientada para os Cuidados de Saúde Primários (CSP) que se caracteriza pela abordagem abrangente e continuada de todos os utentes sem critérios de exclusão, centrada no paciente, na sua doença e na sua família; pelo acompanhamento de patologias crónicas ou agudas; e por um compromisso com a comunidade no que diz respeito à prevenção, promoção de saúde, tratamento e orientação apropriada dos utentes para outros serviços¹. O Médico de Família (MF) é o primeiro recurso do paciente independentemente da sua patologia².

Durante o 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP) realizou-se a residência de Medicina Comunitária (MC) entre os dias 25 de Outubro e 19 de Novembro de 2010. Esta residência dividiu-se em dois módulos, cada um com a duração de duas semanas; o primeiro decorreu numa valência urbana, no Centro de Saúde São João (CSSJ), e o segundo numa valência rural, na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Amares (UCSPA). Com a finalidade de relatar as actividades realizadas no âmbito da disciplina de MC, descrever os conhecimentos adquiridos e fazer uma reflexão crítica, realizou-se um relatório de estágio profissionalizante em MC.

No relatório são abordadas as características das Unidades de Saúde (US) onde decorreu o estágio, as actividades nelas realizadas e destacam-se os motivos de consulta/seguimento dos utentes da consulta programada presenciada e os problemas agudos que levaram os pacientes à consulta aberta presenciada.

O clínico geral tem competências para diagnosticar, tratar e decidir o momento em que é apropriado referenciar o seu paciente a outros cuidados mais diferenciados, bem como para actuar ao nível da prevenção e promoção da saúde, actividades que desenvolve em vários ambientes: na US, no domicílio e em instituições prestadoras de cuidados. Esta diversidade de actuações, que constituem diferenças significativas em relação à prática clínica hospitalar a que são predominantemente expostos os alunos de Medicina, motivou a decisão de realizar o relatório de estágio em MC. Também a perspectiva de um contacto personalizado com o paciente, a possibilidade de realizar diversas actividades e a tentativa de compreender a posição dos CSP no Sistema Nacional de Saúde (SNS), incentivaram a decisão.

OBJECTIVOS

Os objectivos específicos do estágio foram os seguintes:

1. Caracterizar o CSSJ e a UCSPA e destacar as suas semelhanças e diferenças.
2. Descrever as actividades realizadas na residência e o seu contributo para o desenvolvimento profissional e pessoal do futuro médico.
3. Descrever a actividade de uma instituição da comunidade envolvida nos CSP, que não uma US.
4. Identificar os motivos de consulta/seguimento dos utentes da consulta programada presenciada e os problemas agudos que levaram os pacientes à consulta aberta presenciada e procurar estabelecer uma relação sócio-demográfica.
5. Reconhecer a importância da MGF no ensino pré-graduado de Medicina.

CARACTERIZAÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE

O estágio profissionalizante dividiu-se em dois módulos: o primeiro decorreu numa valência urbana, no CSSJ, que pertence ao Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Grande Porto VI - Porto Ocidental, e localiza-se no Porto, na freguesia de Cedofeita; e o segundo, numa valência rural, na UCSPA, localizada na freguesia de Ferreiros em Amares, no distrito de Braga e que pertence ao ACES Cávado II – Gerês/Cabreira. Estão ainda associadas à UCSPA as Extensões de Saúde de Caldelas e de Santa Marta de Bouro. As características de cada US encontram-se sumariadas na tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização das Unidades de Saúde.

CSSJ		UCSPA
20073	Número de utentes	16435
Aproximadamente 2007	Número de utentes/médico	Aproximadamente 1826
8h-20h, dias úteis	Horário de atendimento	8h-20, dias úteis
<ul style="list-style-type: none"> • 10 Médicos de MGF • 16 Enfermeiros • 1 Psicólogo • 1 Podologista • 6 Administrativos • 2 Auxiliares de apoio e vigilância • Alunos 6º ano FMUP • 2 Internos Pediatria • 7 Internos de MGF 	Recursos humanos	<ul style="list-style-type: none"> • 9 Médicos de MGF • 9 Enfermeiros • 1 Psicólogo • 3 Fisioterapeutas • 1 Nutricionista • 5 Administrativos • 1 Assistente Social • Alunos 6º ano FMUP • 3 Internos do Ano Comum
<ul style="list-style-type: none"> • SINUS • SAM 	Recursos informáticos	<ul style="list-style-type: none"> • SINUS • SAM

<ul style="list-style-type: none"> • Alert P1 • DiabCare • HÍGIA 		<ul style="list-style-type: none"> • Alert P1 • SAPE
<ul style="list-style-type: none"> • Consulta Programada <ul style="list-style-type: none"> • Saúde de Adultos • Vigilância de grupos vulneráveis: <ul style="list-style-type: none"> ○ Saúde Infantil/Juvenil ○ Saúde Materna ○ Planeamento Familiar ○ Saúde do Idoso ○ Vigilância Oncológica • Vigilância de grupos de risco: <ul style="list-style-type: none"> ○ Hipertensão arterial ○ Diabetes <i>mellitus</i> • Consulta Aberta • Consulta Domiciliária • Consulta de Psicologia • Prescrição (contacto indirecto com o médico) • Consulta de Podologia • Contactos com Enfermagem 	Tipos de consulta	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta programada <ul style="list-style-type: none"> • Saúde de Adultos • Vigilância de grupos vulneráveis: <ul style="list-style-type: none"> ○ Saúde Infantil/Juvenil ○ Saúde Materna ○ Planeamento Familiar • Vigilância de grupos de risco: <ul style="list-style-type: none"> ○ Hipertensão arterial ○ Diabetes <i>mellitus</i> • Consulta Aberta • Consulta Domiciliária • Consulta de Psicologia • Consulta de Nutrição • Contactos com Enfermagem, Assistente Social e Fisioterapia
<ul style="list-style-type: none"> • Centro Hospitalar do Porto • Hospital Magalhães Lemos • Hospital da Prelada • IPO Porto 	Referenciação	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital de São Marcos • Hospital da Misericórdia de Vila Verde • Hospital António Lopes (Misericórdia da Póvoa de Lanhoso)

<ul style="list-style-type: none"> • 5 pisos (cave, rés-do-chão, 1º, 2º e 3º pisos) • 10 gabinetes médicos • 4 salas de enfermagem • Sala de esterilização • Lavandaria • Balcões de atendimento/recepção administrativa • Sala de Reuniões/ Biblioteca • WC para utentes de mobilidade reduzida • WC para homens e mulheres • Gabinetes administrativos • Bar/cafetaria para funcionários • WC para funcionários 	Instalações	<ul style="list-style-type: none"> • 3 pisos (cave, rés-do-chão, 1º andar) • 28 gabinetes/salas partilhados por serviços médicos e de enfermagem • Lavandaria • Balcões de atendimento/recepção administrativa • Sala de Reuniões • WC para utentes de mobilidade reduzida • WC para homens e mulheres • Gabinetes administrativos • Bar/cafetaria/refeitório para funcionários • WC para funcionários
<ul style="list-style-type: none"> • Suporte informático exclusivo, gabinete médico/ sala de enfermagem/ posto administrativo dispõe de um terminal infomático próprio • Arquivo em papel de exames auxiliares de diagnóstico relevantes, notas de alta e outros relatórios 	Registo clínico	<ul style="list-style-type: none"> • Suporte informático exclusivo, gabinete médico/ sala de enfermagem/ posto administrativo dispõe de um terminal infomático próprio

Ambas as US funcionam no mesmo horário de atendimento, verificando-se que o CSSJ presta cuidados a aproximadamente mais 3600 utentes que a UCSPA, o que se traduz num maior número de utentes por médico no CSSJ. As duas US dispõem de vários médicos de MGF, enfermeiros e psicólogo, e cada uma delas possui outras consultas diferenciadas distintas. Por outro lado, ambas estão envolvidas na formação pré-graduada dos alunos de

Medicina, destacando-se o CSSJ, que também colabora na formação pós-graduada em MGF e Pediatria.

Durante o estágio, o CSSJ dispunha de vários sistemas informáticos, nomeadamente o DiabCare e o Hígia para monitorização de diabéticos e hipertensos respectivamente, ambos abandonados após o estágio, verificando-se que, actualmente, os recursos informáticos são sobreponíveis aos da UCSPA.

Não se registam diferenças relevantes no que diz respeito aos tipos de consulta de MGF, havendo, no entanto, consultas diferenciadas distintas em função dos profissionais de saúde de cada US. Os hospitais para os quais os pacientes são referenciados são também diferentes em consequência da localização geográfica de cada US.

Verificou-se em ambas as US que o registo clínico é feito exclusivamente em suporte informático. No CSSJ existe ainda um arquivo em papel reservado para documentos importantes.

Descrição dos Utentes

Verificou-se, pela análise das pirâmides etárias (Figuras 1 e 2) e dos dados demográficos das US (obtidos a partir das bases de dados SINUS das US), que no CCSJ, 44,05% dos utentes inscritos são do sexo masculino e 55,95% são do sexo feminino, sendo o último o género dominante em todas as faixas etárias excepto entre os 5 e os 19 anos. As classes etárias predominantes, no sexo masculino compreendem idades entre os 35 e os 39 anos (4,39% dos utentes) e idades superiores a 74 anos no sexo feminino (6,09% dos utentes).

De forma semelhante, na UCSPA o género predominante é o feminino, representando 51,67% dos utentes, enquanto 48,33% são do sexo masculino, predominando o último apenas entre os 0 e 14 anos, entre os 25 e 29 anos e entre os 50 e 59 anos. As classes etárias predominantes correspondem, no sexo masculino a idades entre os 25 e 29 anos (4,25% dos utentes), e a idades superiores a 74 anos no sexo feminino (4,50% dos utentes).

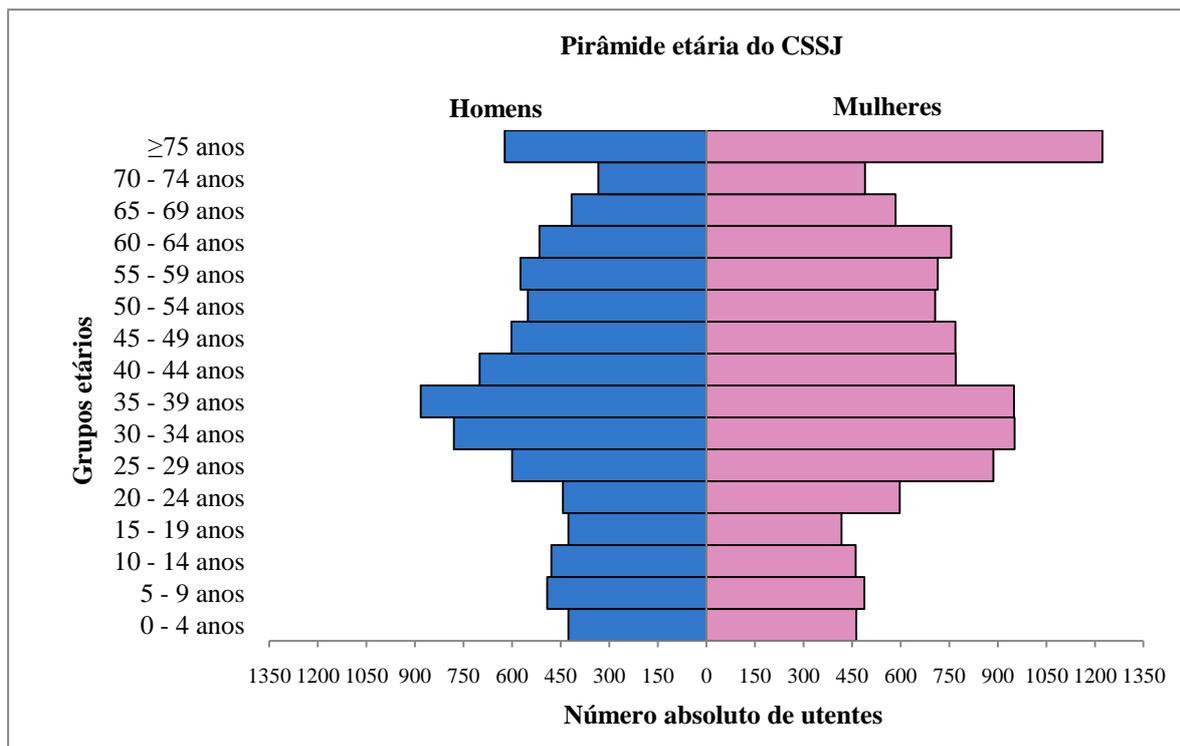


Figura 1 - Pirâmide etária do Centro de Saúde São João (dados do 3º trimestre de 2010).

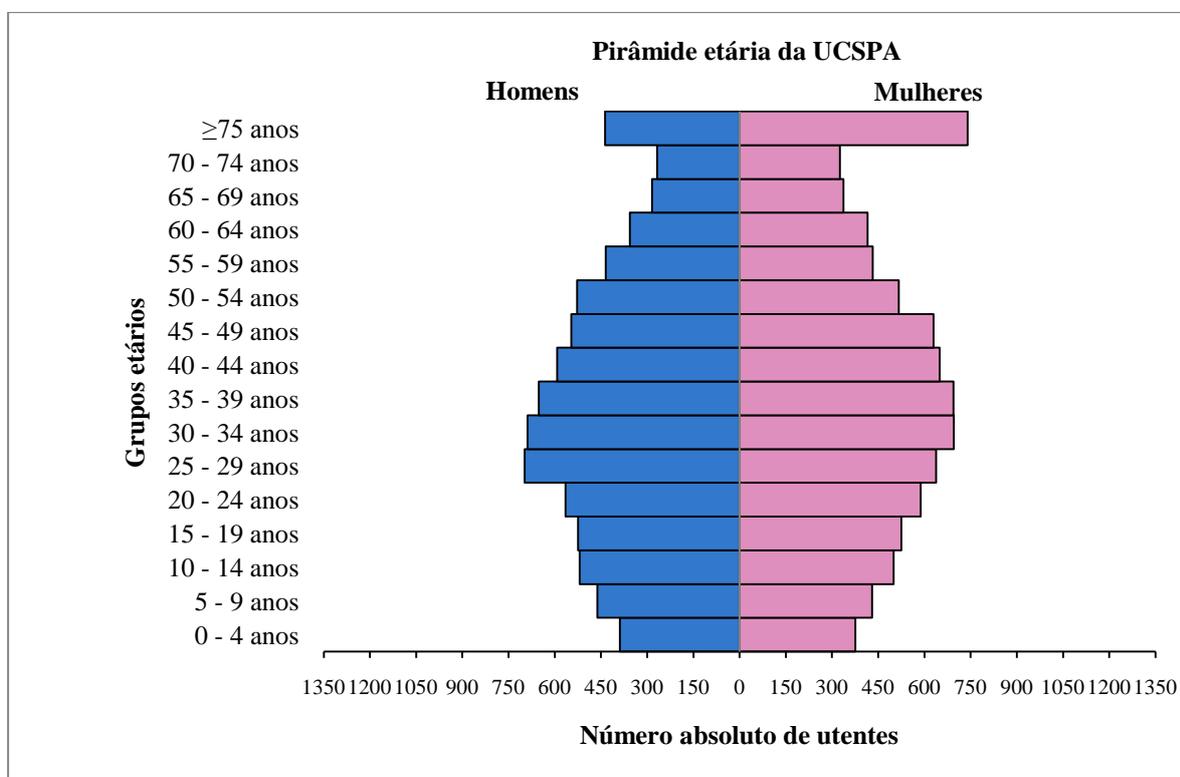


Figura 2 – Pirâmide etária da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Amares (dados de 2010).

A relação de masculinidade corrobora os dados obtidos pela análise das pirâmides, sendo de 78,74% no CSSJ e de 93,54% na UCSPA, traduzindo o predomínio de utentes do sexo feminino, provavelmente devido à sua maior esperança média de vida (EMV), dado que se verifica na população portuguesa, continental e da região Norte³ (Apêndice I - Dados demográficos do Instituto Nacional de Estatística e das Unidades de Saúde).

O envelhecimento e a baixa taxa de natalidade da população geral³ também se traduzem nos utentes do CSSJ, cujo índice de envelhecimento é 130,65%; na UCSPA é 89,38%, o que revela uma maior proporção de população jovem, possivelmente devido a uma maior taxa de natalidade ou a uma menor EMV dos utentes em relação à população geral, contrariando a tendência do CSSJ e da população nacional.

DESCRIÇÃO DAS ACTIVIDADES

As actividades do estágio de MC decorreram entre os dias 25 de Outubro e 19 de Novembro de 2010 e encontram-se sumariadas no Cronograma das Actividades Realizadas durante a Residência de Medicina Comunitária (Apêndice II).

Seminários

Está prevista na residência de MC a realização de dois seminários, um no início do módulo urbano e outro no início do módulo rural, que decorreram no Departamento de Clínica Geral da FMUP, sediado nas instalações da Universidade Portucalense temporariamente. Os temas abordados nos seminários apresentam-se na tabela 2.

Tabela 2 – Temas abordados nos Seminários de Medicina Comunitária.

Data do Seminário	Temas abordados no Seminário
25/10/2010	Definição dos objectivos da Residência de Medicina Comunitária.
08/11/2010	Motivos de Consulta. Noções de rastreio oncológico nos Cuidados de Saúde Primários. Planeamento Familiar e Saúde Materna. Saúde Infantil. Saúde do Idoso.

Actividades Realizadas nas Unidades de Saúde

- **Módulo Urbano**

Durante o módulo urbano houve a possibilidade de presenciar consultas de MGF, sobretudo de Vigilância de Adultos, Idosos, Hipertensão Arterial (HTA) e consultas abertas, e de intervir activamente na abordagem do paciente, realização do exame físico, discussão de diagnósticos diferenciais e tratamento. Embora em menor número, foi também possível

presenciar consultas de Saúde Infantil e Juvenil mas, por outro lado, não se presenciaram consultas de Planeamento Familiar ou Saúde Materna durante este módulo.

Esta vivência permitiu constatar o papel activo dos CSP quer ao nível do seguimento de pacientes com várias patologias, prevenção, promoção de saúde e rastreio, quer ao nível da abordagem da patologia aguda não emergente nem urgente. Permitiu ainda reconhecer a importância de desenvolver capacidades de comunicação e empatia com o paciente, o que motivou a realização de uma reflexão subordinada ao tema “Comunicar más notícias” (Apêndice III).

Realizou-se também um folheto de educação para a saúde acerca da “Prevenção da Doença Cardiovascular” (Apêndice IV), uma vez que se verificou que esta é um dos principais motivos de seguimento dos pacientes no CCSJ; e o registo de um dia de consulta aberta (Apêndice V).

No final da primeira semana, assistiu-se às palestras “Conselho Disciplinar da Ordem dos Médicos: O que Todos os Médicos Devem Saber...”, “Origem Histórica do Conceito da Homossexualidade” e “Disfunção Erétil – As Questões do Dia-a-Dia” nas VII Jornadas de Urologia do Norte em Medicina Familiar, o que permitiu ter uma percepção da abordagem de patologias do âmbito da Urologia nos CSP.

Na segunda semana realizou-se uma visita ao Centro Integrado de Apoio à Deficiência do Porto, que dá apoio preferencialmente a jovens com um amplo espectro de patologias, dando particular atenção aos invisuais e aos portadores de multideficiência, registando-se entre elas limitações físicas com restrições de mobilidade e perturbações do foro psiquiátrico.

Observou-se, ainda, a realização de numerosos procedimentos de Enfermagem, nomeadamente administração de vacinas e outros injectáveis, avaliação antropométrica da população pediátrica, realização de diferentes pensos, de ecocardiograma e de colocação de dispositivos de monitorização ambulatória da pressão arterial. A observação destes procedimentos destacou a complementaridade dos diferentes profissionais de saúde.

- **Módulo Rural**

Durante o módulo rural foi também possível presenciar e intervir nas consultas de MGF de Diabetes *mellitus* (DM), Saúde Infantil, Saúde do Adulto e, em menor número,

consultas abertas, tendo-se vivenciado novamente os campos de intervenção dos CSP. Foi ainda possível realizar consultas tuteladas de Planeamento Familiar e Saúde Materna, nas quais se colheu a anamnese e se realizou o exame físico da grávida, bem como citologias cervico-vaginais.

Na primeira semana deste módulo acompanharam-se 8 consultas domiciliárias, onde se verificou a importância do acompanhamento multidisciplinar dos pacientes com mobilidade reduzida, que apresentaram um amplo espectro de patologias.

À semelhança do módulo urbano, realizou-se no módulo rural o registo de um dia de consultas (Apêndice VI). Realizou-se também um fluxograma de decisão sobre o “Rastreio do Carcinoma do Cólon e do Recto nos Cuidados de Saúde Primários” (Apêndice VII) uma vez que inúmeras vezes se verificou o pedido de exames de rastreio e foi oportuno organizar a informação; e colheu-se uma História Clínica e Familiar de um paciente da consulta (Apêndice VIII).

A supervisão e orientação dos tutores de ambas as US foram fundamentais pois promoveram a integração na consulta, a discussão e aprendizagem de técnicas de comunicação, aspectos fisiopatológicos das doenças e das suas diferentes abordagens terapêuticas. Presenciar consultas permitiu ainda, pela primeira vez, um contacto real e directo com o luto, com o diagnóstico e seguimento de neoplasias e com problemas sociais num nível de proximidade com o paciente que só se vivencia na MGF.

Durante os dois módulos registaram-se ainda as variáveis necessárias para a realização do estudo comparativo dos problemas que levam os pacientes às consultas programada e aberta das US urbana e rural.

COMPARAÇÃO DOS MOTIVOS DE CONSULTA DE DUAS UNIDADES DE SAÚDE: UMA URBANA E UMA RURAL

Conhecer os padrões de procura dos CSP permite identificar as necessidades dos utentes, bem como orientar a formação médica e organizar a consulta de MGF.

Realizou-se um estudo observacional transversal, que decorreu durante 4 semanas no Centro de Saúde São João e na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Amares, com o objectivo de identificar e comparar os motivos de consulta/seguimento dos utentes da consulta programada de duas US e os problemas agudos que levaram os pacientes à consulta aberta das mesmas US, uma urbana e uma rural. Para tal, registaram-se os motivos de consulta dos utentes das consultas presenciadas e classificaram-se esses motivos de acordo com os capítulos da Classificação Internacional de Cuidados Primários (ICCP-2: anexo I).

Os principais motivos de consulta programada foram queixas relacionadas com os sistemas endócrino/metabólico e nutricional, circulatório e músculo-esquelético na US urbana; e com os sistemas endócrino/metabólico e nutricional, circulatório e consultas de manutenção de saúde/prevenção na US rural. Na distribuição por faixas etárias, até aos 18 anos o principal motivo de consulta foi manutenção de saúde/prevenção nas duas US; entre os 19-64 anos foram mais frequentes as queixas relacionadas com os aparelhos endócrino/metabólico e nutricional, músculo-esquelético, genital e procedimentos administrativos na US urbana e queixas relacionadas com os aparelhos endócrino/metabólico e nutricional, circulatório e músculo-esquelético na rural; e nas idades superiores a 64 anos foram predominantes as queixas relacionadas com os aparelhos circulatório, endócrino/metabólico e nutricional e genital na US urbana, e as queixas relacionadas com os aparelhos endócrino/metabólico e nutricional, circulatório e digestivo na rural.

Na consulta aberta, os principais motivos de consulta foram queixas relacionadas com o aparelho respiratório, necessidade de realizar um procedimento administrativo e queixas músculo-esqueléticas na US urbana; e necessidade de um procedimento administrativo, queixas músculo-esqueléticas e psicológicas na rural. Na distribuição por faixas etárias, até aos 18 anos o principal motivo de consulta relacionou-se com queixas respiratórias nas duas

US; entre os 19-64 anos foram mais frequentes as queixas digestivas, respiratórias e músculo-esqueléticas na US urbana e queixas músculo-esqueléticas, psicológicas e necessidade de um procedimento administrativo na rural; nas idades superiores a 64 anos foram mais frequentes os pedidos de procedimentos administrativos, as queixas respiratórias e músculo-esqueléticas na US urbana e pedidos de procedimentos administrativos na rural.

Concluiu-se que, neste estudo, uma grande parte dos motivos de consulta programada foram sobreponíveis no ambiente urbano e no rural, bem como nos sexos feminino e masculino. Os motivos variaram com a faixa etária, sendo mais discordantes entre o urbano e o rural na faixa etária dos 19-64 anos. Concluiu-se ainda que os motivos de consulta aberta foram muito variáveis, sendo necessária uma amostra maior para caracterizar os padrões de procura deste tipo de consulta.

CONCLUSÃO

No final do estágio, verificou-se que o contacto com os CSP foi profícuo do ponto de vista académico e pessoal, permitindo a consolidação dos conhecimentos adquiridos ao longo do curso, bem como a aquisição de novos conhecimentos, nomeadamente no que diz respeito à relação médico-doente, o que realça a importância da disciplina de Medicina Comunitária no ensino pré-graduado de Medicina.

Concluiu-se que a prática de MGF implica o conhecimento e o domínio de várias áreas de conhecimento da Medicina, pois lida com o paciente como um todo inserido no seu ambiente familiar e social, pelo que a sua prática tem também um componente emocional importante.

Concluiu-se também que o Clínico Geral ocupa uma posição privilegiada para actuar ao nível da prevenção e promoção de saúde uma vez que é o primeiro contacto do utente com os cuidados de saúde, sendo ainda da sua responsabilidade diagnosticar, tratar e decidir o momento em que é apropriado referenciar o seu paciente a outros cuidados mais diferenciados. Todas estas actuações estão centradas, não só na patologia, mas também no indivíduo e na sua família.

Verificou-se que os motivos de consulta programada/seguimento mais frequentemente encontrados relacionaram-se com os aparelhos endócrino/metabólico e nutricional, circulatório e músculo-esquelético no CSSJ; e com os aparelhos endócrino/metabólico e nutricional, circulatório e com consultas de Medicina Preventiva/Manutenção de Saúde na UCSPA. Na consulta aberta, os motivos mais frequentes de consulta foram os relacionados com o sistema respiratório, procedimentos administrativos e aparelho músculo-esquelético no CSSJ; e com pedidos de procedimentos administrativos, queixas psicológicas e queixas relacionadas com o aparelho músculo-esquelético na UCSPA.

As dificuldades encontradas ao longo do estágio relacionaram-se com o facto de se lidar com todas as faixas etárias e com problemas não só relacionados com as várias especialidades médicas, como também sociais; e relacionaram-se também com a in experiência no que diz respeito à condução de uma entrevista médica com as limitações de tempo e o conteúdo emocional que a MGF implica.

No global, os objectivos de aprendizagem de técnicas de comunicação, de aptidões profissionais e a compreensão da posição dos CSP no SNS, foram cumpridos.

BIBLIOGRAFIA

1. World Organization of Family Doctors (WONCA). A Definição Europeia de Medicina Geral e Familiar (Clínica Geral/Medicina Familiar). WONCA EUROPA 2002.
Disponível em: URL:
<http://www.woncaeurope.org/Web%20documents/European%20Definition%20of%20family%20medicine/European%20Definition%20in%20Portuguese.pdf> [acedido em 20/02/2011].
2. Olesen F, Dickinson J, Hjortdahl P. General Practice-time for a new definition. *BMJ* 2000; 320:354-7.
3. Instituto Nacional de Estatística (INE). Anuário Estatístico da Região Norte 2009. Portugal: INE; 2010.
4. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Declaração de Alma – -Ata. URSS: 1978. Disponível em: URL:
<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf> [acedido em 03/11/2010].
5. Hespanhol A, Malheiro A, Pinto AS. O Projecto “Tubo de Ensaio” – breve história do Centro de Saúde S. João. *Rev Port Clin Geral* 2002; 18:171-86.

ÍNDICE DE APÊNDICES E ANEXOS

Apêndices	ii
I. Dados demográficos do Instituto Nacional de Estatística e das Unidades de Saúde	ii
II. Cronograma das Actividades Realizadas durante a Residência de Medicina Comunitária	iv
III. Reflexão: “Comunicar Más Notícias”	v
IV. Panfleto: “Prevenção da Doença Cardiovascular”	x
V. Registo de um dia de consulta - Módulo Urbano	xii
VI. Registo de um dia de consulta - Módulo Rural	xviii
VII. Fluxograma: “Rastreio do Carcinoma do Cólon e do Recto nos Cuidados de Saúde Primários”	xxiv
VIII. História Clínica e Familiar	xxvi
IX. Estudo Complementar	lxiii
Anexos	lxxxix
I. ICPC-2:Classificação Internacional de Cuidados Primários	xc

APÊNDICE I - DADOS DEMOGRÁFICOS DO INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA E DAS UNIDADES DE SAÚDE

	Índice envelhecimento Quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades entre os 0 e os 14 anos	Relação de masculinidade Quociente entre os efectivos populacionais do sexo masculino e os do sexo feminino	Esperança de vida à nascença Número médio de anos que uma pessoa à nascença pode esperar viver, mantendo-se as taxas de mortalidade por idades observadas no momento	Taxa bruta de natalidade Número de nados vivos ocorrido durante um determinado período de tempo, normalmente um ano civil, referido à população média desse período
Portugal	117,6 (2009)	93,8 (2009)	78,70 (2006-8)	9,4 (2009)
Sexo masculino			75,49 (2006-8)	
Sexo feminino			81,74 (2006-8)	
Continente	120,3 (2009)	93,8 (2009)	78,90 (2006-8)	9,3 (2009)
Norte	102,6 (2009)	93,6 (2009)	79,02 (2006-8)	8,7 (2009)
Porto	160,2 (2009)	82,1 (2009)	-----	9,2 (2009)
CSSJ	130,6 (2010)	78,7 (2010)	-----	-----
Amares	95,5 (2009)	96,6 (2009)	-----	9,0 (2009)
UCSPA	89,4 (2010)	93,5 (2010)	-----	-----

Bibliografia

- Instituto Nacional de Estatística (INE). Anuário Estatístico da Região Norte 2009. Portugal: INE; 2010.
- Instituto Nacional de Estatística (INE). Esperança de vida à nascença por Sexo - INE, Indicadores Demográficos 2006-2008. Portugal: INE. Disponível em: URL: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0001724&contexto=bd&selTab=tab2 [acedido em 25/02/2011].

APÊNDICE II - CRONOGRAMA DAS ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE A RESIDÊNCIA DE MEDICINA COMUNITÁRIA

			Segunda- -feira	Terça- -feira	Quarta- -feira	Quinta- -feira	Sexta- -feira
Centro de Saúde São João	1ª semana	Manhã	Seminário	Consulta	Enfermagem		VII Jornadas de Urologia em Medicina Geral e Familiar
		Tarde				Consulta	
	2ª semana	Manhã	Enfermagem	Consulta	Enfermagem	Visita ao Centro Integrado de Apoio a Deficientes	Enfermagem
		Tarde				Consulta	Consulta
Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Amares	3ª semana	Manhã	Seminário	Consulta	Consulta Domiciliária		Consulta
		Tarde			Consulta	Consulta	
	4ª semana	Manhã		Consulta	Consulta		Consulta
		Tarde	Consulta	Consulta	Consulta	Consulta	

APÊNDICE III - REFLEXÃO: COMUNICAR MÁ NOTÍCIAS

Comunicar más notícias aos pacientes é uma das tarefas mais difíceis na prática da Medicina¹ embora faça parte da actividade diária e da responsabilidade de qualquer médico. As dificuldades de dar más notícias estão relacionadas com a imprevisibilidade do impacto da notícia no paciente e com as ansiedades e medos do médico: medo de inflingir dor, desconforto perante a reacção emocional do doente, medo de ser culpado pelo doente e pela sua família, de não saber responder a todas as perguntas e ainda inseguranças pessoais perante a doença e a morte.² Estas dificuldades ocorrem, em parte, porque o ensino da Medicina privilegia aspectos técnicos em detrimento das aptidões de comunicação, pelo que muitos médicos se sentem inseguros e pouco preparados para dar más notícias.¹

Todos os doentes mentalmente competentes têm o direito (ético, moral e legal) de receber qualquer informação médica que desejem e o médico tem o dever (ético e legal) de comunicar a verdade. Até à década de 1950, as práticas paternalistas incentivavam a ocultação de más notícias aos pacientes – 90% dos médicos ocultavam – pois temiam que a má notícia piorasse o estado do paciente. Sabe-se hoje que o impacto de uma má notícia só pode ser avaliado no contexto de vida do paciente, tendo em conta os seus medos e as suas preocupações, não sendo, por isso, seguro, anteciparmos a sua reacção.² De acordo com a literatura, perante a possibilidade de um diagnóstico de doença terminal, 50-90% dos doentes desejam tomar conhecimento da situação.³

Entende-se por má notícia qualquer notícia que altere drástica e negativamente a perspectiva de futuro do paciente.⁴ Não corresponde necessariamente a um diagnóstico de doença terminal; pode passar por dizer a uma grávida que o seu filho tem uma malformação ou comunicar a alguém que tem uma patologia que interfere com o desempenho da sua profissão.¹

Entre os requisitos relevantes na comunicação de más notícias, a atitude da pessoa que dá a notícia, a clareza da mensagem, o ambiente de privacidade e a capacidade de responder a questões foram distinguidos como os mais importantes pelos familiares de pacientes que sofreram mortes traumáticas.⁵ É, por isso, fundamental a aprendizagem de técnicas de comunicação, nomeadamente de comunicação de más notícias.⁶

Como comunicar más notícias? – Algumas recomendações

A responsabilidade de comunicar a má notícia cabe ao médico que faz o seguimento do doente e essa notícia deve ser dada ao indivíduo mais afectado – o paciente; em caso de morte do paciente, ao companheiro ou ao familiar mais próximo.²

Vários profissionais publicaram *guidelines* (bastante concordantes) acerca deste assunto, mas poucos estudos sobre comunicação de más notícias foram baseados em evidência científica.² Em seguida, apresentam-se três protocolos que abordam a comunicação de más notícias. O primeiro protocolo, de Buckman² (tabela 1), foi o protocolo adoptado nas aulas de Psicologia Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; o segundo, SPIKES⁷ (tabela 2), é uma adaptação do protocolo de Buckman ao contexto oncológico, em tudo semelhante ao primeiro, sendo apenas mencionado por se tratar de uma mnemónica muito popular na prática clínica; o último, ABCDE⁸ (tabela 3), é também uma mnemónica facilmente aplicável no dia-a-dia.

É importante recordar que cada doença tem o seu componente familiar, que diz respeito ao impacto da doença nos que vivem com o doente ou cuidam dele.⁹ Também a família e os amigos constituem uma importante dimensão do contexto no qual o paciente responde às más notícias. Quanto maior o laço entre os membros, maior será a reacção familiar, podendo essa reacção ser prestável ou dificultar a tarefa de comunicar a notícia e seguir um plano. Independentemente da reacção da família e do conflito de interesses entre a família e o paciente, devem sempre respeitar-se os desejos do doente (se competente), e tentar organizar a situação de forma a que todos os envolvidos partilhem do mesmo objectivo.²

Tabela 1 – Adaptação do protocolo de Robert Buckman².

Preparar os aspectos físicos e iniciar	- Ambiente privado
	- Intervenientes sentados
	- Deixar o paciente decidir se deseja a presença de outras pessoas
	- Cumprimentar (aperto de mão) pelo nome adequado
Descobrir o que o doente já sabe	- Usar questões abertas para iniciar o diálogo
	- Mostrar ao paciente que se trata de um diálogo, perguntado-lhe como se está a sentir.
Descobrir o que o doente já sabe	- Sobre o seu problema
	- Sobre o grau de severidade

	- Sobre o impacto do problema no seu futuro.
Descobrir o que o doente quer saber	- Não se deve pressupor que o doente quer saber - O paciente pode querer saber com muitos detalhes ou apenas determinadas informações.
Partilhar informação	- Preparar a informação relevante antes da reunião com o paciente - Partilhar informação sobre diagnóstico, plano de tratamento, prognóstico e seguimento - Se o doente escolheu não saber os pormenores do seu estado, pode-se discutir o plano de tratamento e a evolução - Fornecer a informação por etapas em linguagem simples e adaptada ao doente - Dar tempo ao doente de reagir a cada informação - Confirmar se as ideias foram percebidas. - Ouvir e considerar as preocupações do doente.
Responder aos sentimentos do doente	- Quando uma pessoa recebe más notícias o leque de reacções normais é vasto - Reconhecer e explorar (legitimar) a presença de emoções antes de confortar o doente ou de continuar a entrevista.
Planear o seguimento	- Organizar um plano de actuação - Fazer um contrato com o doente e programar o seguimento - Marcar consulta brevemente (1 a 2 semanas).

Tabela 2 – Adaptação do SPIKES⁷ de Baile.

Setting up (<i>preparar a entrevista</i>)
Assessing the patient's Perception (<i>determinar as percepções do doente</i>)
Obtaining the patient's Invitation (<i>obter a autorização do doente</i>)
Giving Knowledge and information to the patient (<i>dar conhecimento e informação ao doente</i>)
Addressing the patient's Emotions with empathic responses (<i>atender às emoções do doente</i>)
Strategy and summary (<i>providenciar uma estratégia e um sumário</i>)

Tabela 3 – Adaptação do ABCDE de Rabow e McPhee⁸.

Advance Preparation (<i>preparar previamente</i>)
- perguntar ao paciente o que já sabe e compreende. Qual é o seu método de coping? - dispor de alguém que ofereça apoio ao paciente - providenciar um local e tempo livres de perturbações - preparar-se emocionalmente - decidir quais as palavras e frases a usar - praticar a comunicação de más notícias
Build a therapeutic environment/relationship (<i>construir ambiente/relação terapêuticos</i>)
- encontrar um local privado e tranquilo, sem interrupções - providenciar lugares sentados para todos os intervenientes

- sentar-se suficientemente próximo para permitir tocar o paciente, se apropriado
- tranquilizar na dor, sofrimento, abandono

Communicate well (comunicar bem)

- ser directo
- não usar eufemismos, calão, acrónimos
- usar palavras como morte e cancro
- permitir o silêncio
- usar o toque adequadamente
- pedir ao paciente para repetir aquilo que compreendeu
- providenciar consultas adicionais
- usar a repetição ou explicações escritas

Deal with patient and family reactions (Lidar com as reacções do paciente e da família)

- determinar a reacção do paciente:
 - respostas fisiológicas: luta/fuga, permanência/retirada
 - estratégias cognitivas de coping: negação, culpa, intelectualização, descrença, aceitação
 - respostas afectivas: fúria/raiva, medo/terror, ansiedade, impotência, desesperança, vergonha, alívio, culpa, tristeza, aflição anticipatória
- ouvir activamente, explorar os sentimentos, expressar empatia

Encourage and validate emotions - reflect back emotions (Encorajar e validar emoções – reflectir emoções)

- corrigir distorções
- voluntariar-se para comunicar com terceiros na vez do paciente
- avaliar os efeitos da notícia
- explorar o significado da notícia para o paciente
- atender às necessidades que se seguem, determinar os planos imediatos e a curto prazo do paciente, avaliar a ideação suicida
- fazer referências apropriadas para maior apoio
- providenciar material escrito
- programar o seguimento
- processar os próprios sentimentos

Saber comunicar más notícias é um componente fundamental das competências básicas de qualquer médico, mas requer experiência. Adquirir e praticar técnicas de comunicação permite comunicar más notícias de forma menos desconfortável para o médico e de forma mais satisfatória para o doente e para a sua família¹, pois a atitude, a empatia e as capacidades de comunicação desempenham um papel fundamental na forma como o doente encara e lida com a má notícia. Nem sempre se pode atingir uma cura e é nessas situações que é necessário estar preparado para dar esperança e conforto aos pacientes. É, para isso, importante apostar no ensino e na prática destas competências ao longo da formação académica.

Bibliografia

1. Vandekieft GK. Breaking Bad News. *American Family Physician* 2001; 64: 12.
2. Buckman R. *How to Break Bad News: A Guide for Health Care Professionals*. Baltimore: Johns- Hopkins University Press; 1992.
3. Ley P. Giving information to patients. In: Eiser JR, ed. *Social psychology and behavioral medicine*. New York: Wiley, 1982:353.
4. Buckman R. Breaking bad news: why is it so difficult? *BMJ* 1984; 288:1597-9.
5. Jurkovich GJ, Pierce B, Pananen L, Rivara FP. Giving bad news: the family perspective. *J Trauma* 2000; 48:865-70.
6. Garg A, Buckman R, Kason Y. Teaching medical students how to break bad news. *CMAJ* 1997; 156:1159-64.
7. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist* 2000; 5(4):302-11.
8. Rabow MW, McPhee SJ. Beyond breaking bad news: how to help patients who suffer. *West J Med* 1999; 171:260-3.
9. Williams P. *Problemas de Família*. Edição do Departamento de Clínica Geral; 1994.

APÊNDICE IV – PANFLETO: “PREVENÇÃO DA DOENÇA CARDIOVASCULAR”

Consulte o seu médico se sentir:

Dor no peito (como se fosse um aperto) quando faz esforços, que alivia aos poucos quando repousa.

Dor na barriga das pernas quando caminha que o obriga a parar para repousar. A dor passa quando descansa.

Dor nos pés ou nos dedos dos pés que o acorda durante à noite ou feridas no pé e na perna que não cicatrizam.

Telefone para o 112 se sentir:

Dor no peito, repentina, que vai ficando mais forte e não alivia quando repousa. A dor pode estender-se para o braço esquerdo.

Ao tentar levantar os braços ou as pernas, um deles cai contra a sua vontade no lado direito ou esquerdo do corpo.

Dificuldade de falar súbita ou dificuldade para compreender o que lhe dizem.

Sensação de formigueiro na face, braço ou perna de um lado do corpo.

Boca ou olho descaído num lado da cara ou sensação de face encortiçada.

Perda súbita de visão de um olho ou ambos os olhos.

Perda de equilíbrio e vertigem.

U.PORTO
FMUP FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

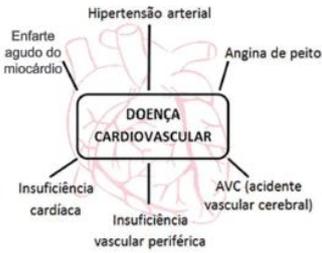
Mestrado Integrado em Medicina
Medicina Comunitária – 6º ano
Ano lectivo 2010/2011

**PREVENÇÃO DA
DOENÇA
CARDIOVASCULAR**



Ana Rita Vieira da Silva Dias

Doença Cardiovascular é um grupo de doenças que afectam o **coração** e os **vasos sanguíneos**.



Quem corre maior risco de desenvolver doença cardiovascular?

As seguintes condições são **factores de risco** de doença cardiovascular:

- Fumar
- Hipertensão (tensão arterial alta)
- Colesterol elevado
- Diabetes
- Obesidade
- Maus hábitos alimentares
- Sedentarismo
- Consumo exagerado de bebidas alcoólicas
- Stress
- Idade avançada
- Familiares com doença cardiovascular

Identificando os factores de risco podemos **prevenir** o desenvolvimento e a progressão da Doença Cardiovascular.

Como Prevenir a Doença Cardiovascular?

1) Adapte um estilo de vida saudável com:

- Alimentação equilibrada;
- Exercício físico regular;
- Consumo moderado de bebidas alcoólicas;
- Controle o *stress*;
- Deixe de fumar.



2) Vigie e controle a pressão arterial, o colesterol, a diabetes e o peso – visite o seu médico regularmente.

3) Cumpra a medicação que o seu médico lhe prescreveu se é hipertenso, diabético ou tem o colesterol elevado e **perca peso** se necessário.

A doença cardiovascular é a principal causa de morte em Portugal.

Bibliografia

- Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL. Harrison's Principles of Internal Medicine. 16th Edition; McGraw Hill; 2004.
- World Health Organization (WHO). Key messages to protect heart health. Disponível em: URL: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/ [acedido em 29/10/2010].

**APÊNDICE V – REGISTO DE UM DIA DE CONSULTA: MÓDULO URBANO –
- 28 DE OUTUBRO, 2010**

Iniciais	Idade (anos)	Género	Motivos de Consulta	Problemas de Saúde	Referência	Retorno
MAMNM	62	♀	<ul style="list-style-type: none"> Sensação de hemiface esquerda fria 3 dias após episódio de dor torácica - sem alterações electrocardiográficas - na sequência de um conflito familiar. Ansiedade. 	<p>Diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> Crise de ansiedade. <p>Outros problemas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Conflitos familiares. Episódio semelhante ao actual há 5 anos (aquando da morte do pai) após o qual foi seguida na consulta de Neurologia da qual teve alta por ausência de patologia neurológica. Dislipidemia. <i>Diabetes mellitus</i> tipo 2. 		
DM	54	♀	<ul style="list-style-type: none"> Pedido de certificado de incapacidade temporária. Renovação de prescrição. 	<ul style="list-style-type: none"> Esclerose múltipla seguida no Hospital de Santo António. Depressão acompanhada no Hospital de Santo António. Alcoolismo e agressividade do companheiro. Dislipidemia. Hipertensão arterial. Asma. Alergia a pólen e ácaros. Automedicação. 		
MFMTB	74	♀	<ul style="list-style-type: none"> Pedido de guia de tratamento de enfermagem no domicílio para limpeza, desinfeção e penso de úlcera de pressão grave no calcanhar direito. 	<ul style="list-style-type: none"> Doença de Parkinson. Dependente de cuidador para actividades de vida diárias. 		

Iniciais	Idade (anos)	Género	Motivos de Consulta	Problemas de Saúde	Referência	Retorno
DOSP	6	♂	<ul style="list-style-type: none"> Segundo pedido de referência para tratamento de Fisiatria – terapia da fala - após impossibilidade de iniciar o tratamento na clínica para a qual foi previamente referido. 	<ul style="list-style-type: none"> Dificuldade em soletrar os erres (Rs) e na articulação de determinadas sílabas. Atraso de 6 meses do início da terapia da fala por falta de articulação dos serviços de Segurança Social com a clínica para a qual foi previamente referido para efectuar o tratamento. 	Referido para consulta de Fisiatria por dificuldade de soletrar os Rs e na articulação de determinadas sílabas.	
ASCF	66	♀	<ul style="list-style-type: none"> Odinofagia, congestão nasal e cefaleia frontal. 	<p>Diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> Infecção vírica das vias aéreas superiores (faringite vírica); sinusite frontal. <p>Outros problemas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Psoríase. Osteoartrose. Hipertensão arterial. Insuficiência venosa periférica dos membros inferiores. Fisioterapia por cervicobraquialgia. 		
AJV	88	♀	<ul style="list-style-type: none"> Pedido de colheita de exames analíticos no domicílio de doente com insuficiência renal crónica. 	<ul style="list-style-type: none"> Insuficiência renal crónica Episódio de agudização de insuficiência renal crónica há 7 meses com consequente internamento no Serviço de Nefrologia do Hospital de Santo António. Hipertensão arterial. Anemia. Dores osteoarticulares. Hipoacúsia. Diminuição da acuidade visual. 		

Iniciais	Idade (anos)	Género	Motivos de Consulta	Problemas de Saúde	Referência	Retorno
JTB	79	♂	<ul style="list-style-type: none"> Lesão hiperpigmentada na região fronto-parietal direita com cerca de 1,6 cm de maior diâmetro, de aparecimento recente. Lesão máculo-papular hiperpigmentada na região lombar, na linha média, com 2 x 2 cm, antiga. 	<p>Diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> Lesão de hiperqueratose actínica da região fronto-parietal direita. Nevo verrucoso da região lombar. <p>Outros problemas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hiperplasia benigna da próstata. 	Referido à consulta externa de Dermatologia do Hospital de Santo António para observação e orientação terapêutica.	
VLALC	26	♀	<ul style="list-style-type: none"> Reavaliação após ter recorrido ao SASU há 2 dias, onde lhe foi diagnosticada uma bronquite aguda. Tratada com claritromicina e desloratadina. Refere persistência de tosse seca, toracalgia, astenia e anorexia. Pedido de prorrogação de certificado de incapacidade temporária para o trabalho por estado de doença. 	<p>Diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> Bronquite aguda. 		
MDVT	57	♂	<ul style="list-style-type: none"> Odinofagia e congestão nasal 	<p>Diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> Infecção vírica das vias aéreas superiores. 		

Iniciais	Idade (anos)	Género	Motivos de Consulta	Problemas de Saúde	Referência	Retorno
RCFA	81	♀	<ul style="list-style-type: none"> Pedido de informação acerca da vacina antigripal que lhe foi prescrita previamente. Reavaliação após diagnóstico de infecção vírica das vias aéreas superiores numa consulta aberta há 6 dias. 	<p>Diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> Recuperação da infecção das vias respiratórias superiores. <p>Outros problemas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Seguida na consulta de Endocrinologia do Hospital de Santo António por bócio multinodular da tireóide. Seguida na consulta de Ginecologia do Hospital de Santo António por incontinência urinária mista e prolapso genital. Anemia. 		
MGN	79	♀	<ul style="list-style-type: none"> Avaliação de exames auxiliares de diagnóstico pedidos na consulta anterior: RX joelhos por gonalgia direita. 	<p>Diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> Gonartrose tricompartmental à esquerda; gonartrose femuro-patelar à direita. <p>Outros problemas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Osteoartrose. Catarata. Hipoacusia. 		
JARS	56	♂	<ul style="list-style-type: none"> Rectorragias (sangue vermelho vivo que goteja e não está misturado com as fezes). 	<p>Diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> Rágada anal anterior. <p>Outros problemas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Antecedentes de hemorroidectomia. 		
ARGM	54	♂	<ul style="list-style-type: none"> Pedido de prorrogação de certificado de incapacidade temporária para prestação de cuidados primários aos pais. Gengivodinia e piorreia. 	<p>Diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> Gengivite. <p>Outros problemas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pais acamados e dependentes para actividades de vida diária. 		

Iniciais	Idade (anos)	Género	Motivos de Consulta	Problemas de Saúde	Referência	Retorno
ENTR	31	♀	<ul style="list-style-type: none"> Puérpera no 14º dia pós-parto deseja iniciar método de contraceção (contraceptivo oral). 			
MOPM	52	♀	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar mamografia pedida na consulta anterior (rastreamento de cancro da mama). 	<ul style="list-style-type: none"> Rastreamento de cancro da mama: R1 bilateral. Dislipidemia. Hipertensão arterial descontrolada. Incumprimento da medicação anti-hipertensiva. Obesidade. Osteoartrose. Bócio tireoideu. Perturbação histérica/hipocondríaca. 		
JSPSM	25	♀	<ul style="list-style-type: none"> Leucorreia e prurido genital. Pústulas no púbis com prurido associado. 	<p>Diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> Candidíase vaginal e foliculites do púbis. <p>Outros problemas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Candidíases vaginais de repetição (3 episódios prévios). 		
MCS	70	♀	<ul style="list-style-type: none"> Escotoma do olho esquerdo que acompanha os movimentos oculares, com cerca de 9h de evolução. 	<ul style="list-style-type: none"> Osteoartrose. Dislipidemia. 	Referenciada para o Serviço de Urgência – - Oftalmologia do Hospital de Santo António para realização de exame do fundo ocular, avaliação e orientação terapêutica.	

Iniciais	Idade (anos)	Género	Motivos de Consulta	Problemas de Saúde	Referência	Retorno
MFL	61	♂	<ul style="list-style-type: none"> Tosse seca por acessos e congestão nasal. 	<p>Diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> Infeção vírica das vias aéreas superiores. <p>Outros problemas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Exérese cirúrgica de tumor cerebral (oligodendroglioma) + quimioterapia, com sequelas: lentificação motora e do discurso, défice motor e cefaleias intensas frequentes. <i>Diabetes mellitus</i> tipo 2. 		
MEANM	84	♀	<ul style="list-style-type: none"> Pedido de guia de tratamento de efermagem para exérese de pontos de duas feridas suturadas há 8 dias (após queda) na região frontal esquerda do crânio. 	<ul style="list-style-type: none"> <i>Diabetes mellitus</i>. Insuficiência venosa periférica dos membros inferiores. 		
DBSF	20	♂	<ul style="list-style-type: none"> Dor nos tecidos moles peri-tendão de Aquiles direito quando executa flexão plantar, iniciada há 3 semanas após uma queda sobre o pé direito, altura em que foi medicado com AINES e lhe foi recomendado repouso, sem cumprimento do último. O RX do pé não mostrou fracturas. 	<p>Diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> Contusão do pé direito. 		
VRAS	26	♀	<ul style="list-style-type: none"> Pedido de prorrogação de certificado de incapacidade temporária para prestação de cuidados à mãe até conseguir orientá-la para uma instituição. 	<ul style="list-style-type: none"> Irregularidades menstruais. História de alcoolismo da mãe, com alta recente do Hospital Magalhães Lemos onde esteve internada para desintoxicação. Procura de instituição para a mãe. 		
CMRO	34	♂	<ul style="list-style-type: none"> Omalgia direita, agravada pela abdução do braço. 	<p>Diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> Tendinite do músculo supra-espinhoso. 		

APÊNDICE VI – REGISTO DE UM DIA DE CONSULTA: MÓDULO RURAL – 9 DE NOVEMBRO, 2010

Iniciais	Idade (anos)	Género	Motivos de Consulta	Problemas de Saúde	Referência	Retorno
MCSAC	47	♀	<ul style="list-style-type: none"> Pedido de certificado de incapacidade temporária por quadro depressivo com angústia e exaustão mental, diagnosticado e medicado há 4 dias. 	<p>Diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> Perturbação depressiva. <p>Outros problemas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Dislipidemia. Ansiedade provocada pela carga horária no emprego. 		
EJGS	21	♀	<ul style="list-style-type: none"> Refere náuseas e episódios repetidos de vómitos há 4 dias. Dor muscular periumbilical dois dias após os vómitos, com 2 dias de evolução. Pirose episódica. Ansiedade. 	<p>Diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> Dores musculares abdominais precipitadas pelo esforço do vómito. Gastrite. <p>Outros problemas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Antecedentes de gastrite crónica. 		
DEFP	58	♀	<ul style="list-style-type: none"> Consulta trimestral de vigilância da diabetes: avaliação de análises sanguíneas e de urina; avaliação do exame de rastreio de retinopatia diabética realizado na consulta de Oftalmologia para a qual foi referida. Pedido de exames de rastreio oncológico: mamografia, ecografia mamária e ecografia ginecológica. Renovação de prescrição. 	<p>Diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Diabetes mellitus</i> tipo 2 com bom controlo metabólico (HbA1c = 6,3%), sem retinopatia diabética. <p>Outros problemas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Dislipidemia. Excesso de peso. Gonartrose esquerda. Problemas económicos. 		Retorno da consulta de Oftalmologia para rastreio e avaliação de complicações da diabetes (retinopatia diabética).

Iniciais	Idade (anos)	Género	Motivos de Consulta	Problemas de Saúde	Referência	Retorno
EAC	57	♀	<ul style="list-style-type: none"> Consulta trimestral de vigilância da diabetes: avaliação de análises sanguíneas e de urina; avaliação do exame de rastreio de retinopatia diabética realizado na consulta de Oftalmologia para a qual foi referida; exame do pé diabético. Avaliação de exames auxiliares de diagnóstico pedidos na consulta anterior: RX da coluna vertebral por lombalgia, EDA e EDB por PSOF positiva. 	<p>Diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Diabetes mellitus</i> tipo 2 com bom controlo metabólico (HbA1c = 6,2%), sem retinopatia diabética. Micose interdigital no pé direito. Osteoartroses e osteofitose lombares. Gastrite crónica do antro com <i>H. pylori</i>, sem displasia. Por má preparação cólica e incapacidade de suportar o exame pela paciente, não foi possível realizar a EDB. <p>Outros problemas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Alterações da memória. Excesso de peso. Omartroses. Alergia ao milho. Dificuldades económicas com impossibilidade de repetir EDB com anestesia. 		Retorno da consulta de Oftalmologia para rastreio e avaliação de complicações da diabetes (retinopatia diabética).

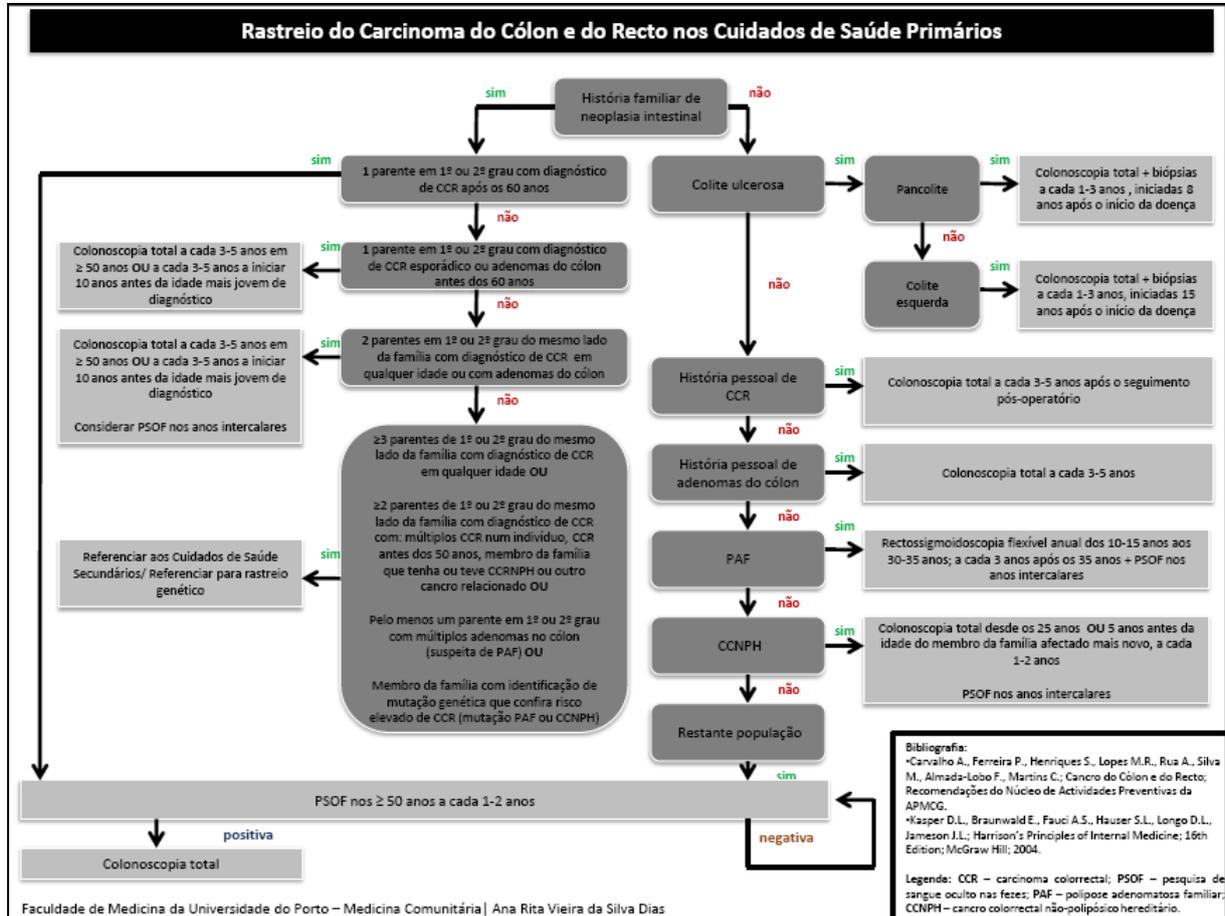
Iniciais	Idade (anos)	Género	Motivos de Consulta	Problemas de Saúde	Referência	Retorno
MSRG	48	♀	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta trimestral de vigilância da diabetes: avaliação de análises sanguíneas e de urina. • Avaliação de exames auxiliares de diagnóstico pedidos na consulta anterior para rastreio oncológico: exames analíticos, citologia cervicovaginal, mamografia, ecografia mamária e RX tórax. • Alterações de memória predominantemente de manhã que melhoram ao longo do dia. • Mastalgia bilateral. • Renovação de prescrição. 	<p>Diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Diabetes mellitus</i> tipo 2 com bom controlo metabólico (HbA1c = 6,0%). • Rastreio de cancro da mama: R2. • RX tórax normal. • Citologia cervicovaginal: negativa para lesão intraepitelial ou malignidade. • Hipotireoidismo subclínico (TSH = 5,18). <p>Outros problemas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incontinência urinária mista. • Doença osteoarticular seguida na consulta de Ortopedia. • Alterações de memória. • Insuficiência venosa periférica dos membros inferiores. • História de tumor da hipófise com galactorreia, compatível com o diagnóstico de prolactinoma, diagnosticado aos 30 anos numa RMN, sem tratamento cirúrgico. • Antecedentes de neoplasia genital que não sabe esclarecer. • Ansiedade e somatização. 	Referida para consulta de Oftalmologia para rastreio de retinopatia diabética.	

Iniciais	Idade (anos)	Género	Motivos de Consulta	Problemas de Saúde	Referência	Retorno
MFCs	56	♀	<ul style="list-style-type: none"> Consulta trimestral de vigilância da diabetes: avaliação de análises sanguíneas e de urina. Avaliação de exames auxiliares de diagnóstico pedidos na consulta anterior: exames analíticos para vigilância da função hepática, renal e do metabolismo; citologia cervicovaginal para rastreio oncológico. Renovação de prescrição. 	<p>Diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Diabetes mellitus</i> tipo 2 com mau controlo metabólico (HbA1c = 7,6%) e microalbuminúria. Citologia cervicovaginal: negativa para lesão intraepitelial ou malignidade. Alterações da função hepática. Dislipidemia. <p>Outros problemas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hipertensão arterial. História de abuso crónico de álcool. 	Referida para consulta de Oftalmologia para rastreio de retinopatia diabética.	
MARP	76	♀	<ul style="list-style-type: none"> Consulta trimestral de vigilância da diabetes: avaliação de análises sanguíneas e de urina; avaliação do exame de rastreio de retinopatia diabética realizado na consulta de Oftalmologia para a qual foi referida. 	<p>Diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Diabetes mellitus</i> tipo 2 com bom controlo metabólico (HbA1c = 6,0%), sem retinopatia diabética. <p>Outros problemas:</p> <ul style="list-style-type: none"> DPOC. Dislipidemia. Obesidade. Catarata bilateral. Falta à consulta prévia de vigilância da diabetes. 		Retorno da consulta de Oftalmologia para rastreio e avaliação de complicações da diabetes (retinopatia diabética).

Iniciais	Idade (anos)	Género	Motivos de Consulta	Problemas de Saúde	Referência	Retorno
JMFC	73	♂	<ul style="list-style-type: none"> Pedido de exames analíticos de vigilância da diabetes: análises sanguíneas e de urina. 	<ul style="list-style-type: none"> <i>Diabetes mellitus</i> tipo 2. Hipertensão arterial. Dislipidemia. História de AVC aos 54 anos. Valvulopatia. Paralisia facial de Bell há um ano. Hiperplasia benigna da próstata. Falta à consulta prévia de vigilância da diabetes. 		
MCGD	58	♂	<ul style="list-style-type: none"> Consulta trimestral de vigilância da diabetes: avaliação de análises sanguíneas e de urina; avaliação do exame de rastreio de retinopatia diabética realizado na consulta de Oftalmologia para a qual foi referido. Pedido de exames de rastreio oncológico: exames analíticos, PSOF, ecografia prostática. Renovação de prescrição. 	<p>Diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Diabetes mellitus</i> tipo 2 com bom controlo metabólico (HbA1c = 5,9%), sem retinopatia diabética. <p>Outros problemas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hipocoagulado com varfarina por valvulopatia mitral. Dislipidemia. Hipertensão arterial. Gota. Obesidade. DPOC. Incumprimento da terapêutica da DPOC. 		Retorno da consulta de Oftalmologia para rastreio e avaliação de complicações da diabetes (retinopatia diabética).

Iniciais	Idade (anos)	Género	Motivos de Consulta	Problemas de Saúde	Referência	Retorno
VMP	61	♂	<ul style="list-style-type: none"> Ajuste das doses de insulina num doente com <i>Diabetes mellitus</i> tipo 2 com insuficiência renal. Avaliação de EDB pedida na consulta anterior para rastreio oncológico. Renovação de prescrição. 	Diagnóstico: <ul style="list-style-type: none"> Pólipo séssil de 6 mm no colón transverso. <i>Diabetes mellitus</i> tipo 2 insulino-dependente. Insuficiência renal. Hipertensão arterial. Dislipidemia. Excesso de peso. Hemorróides grau I. Incumprimento do registo das glicemias capilares desde há cerca de 3 meses, que impossibilitou o ajuste das doses de insulina na consulta actual. 	Referido para consulta de Oftalmologia para rastreio de retinopatia diabética.	

APÊNDICE VII – FLUXOGRAMA: “RASTREIO DO CARCINOMA DO CÓLON E DO RECTO NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS”



Bibliografia

- Carvalho A, Ferreira P, Henriques S, Lopes MR, Rua A, Silva M, *et al.* Cancro do Cólon e do Recto. Recomendações do Núcleo de Actividades Preventivas da APMCG.
- Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL. Harrison's Principles of Internal Medicine. 16th Edition; McGraw Hill; 2004.

ANAMNESE

Fonte e fiabilidade da informação

A história clínica foi colhida a 12 de Novembro de 2010 na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Amares, pelas 09h45.

Fonte da informação: paciente que se mostrou disponível, colaborante e credível.

Identificação e Contexto Social

Nome: DSC

Idade: 60 anos

Sexo: masculino

Raça: caucasiana

Naturalidade: Besteiros - Amares

Residência: Carrazedo - Amares

Estado Civil: casado

Ocupação: madeireiro

Religião: católico

Escolaridade: 4ª classe

História Médica Prévia

Doenças da infância

Desconhece antecedentes de doenças da infância (varicela, sarampo, parotidite ou outras).

Doenças prévias

Enfarte agudo do miocárdio em Outubro de 2006.

Diabetes *mellitus* tipo II, hipertensão arterial, dislipidemia e hiperuricemia diagnosticadas no internamento motivado pelo enfarte agudo do miocárdio (em 2006).

Nega patologia respiratória, renal, hepática ou neoplásica.

Cirurgias

Nega cirurgias.

Hospitalizações

Internamento por enfarte agudo do miocárdio no Hospital de S. Marcos em Outubro de 2006.

Nega outros internamentos.

Traumatismos e acidentes

Nega traumatismos ou acidentes.

Transfusões sanguíneas

Nega ter recebido transfusões sanguíneas.

Alergias

Desconhece alergias medicamentosas, alimentares ou outras.

Cuidados de Saúde Habituais

Alimentação

Refere fazer 3 refeições por dia: pequeno almoço, almoço e jantar. Preferência de peixe em relação à carne. Refere consumo de legumes e vegetais. Ingere sopa uma vez por dia, ao jantar. Refere restrição salina.

Actividade física

Nega praticar actividade física regularmente.

Hábitos tabágicos

Nega hábitos tabágicos.

Hábitos etílicos

Refere um consumo de 28,8 g/dia de álcool (um copo de vinho maduro tinto ao almoço e um ao jantar).

Drogas

Nega o consumo de drogas ilícitas.

Cafeína

Refere ingestão de um café/dia. Previamente ao enfarte agudo do miocárdio, ingeria 6 cafés/dia.

Medicações actuais

- Metformina
- Candesartan
- Amlodipina
- Ácido acetilsalicílico
- Clopidogrel

O doente refere que todos os fármacos são administrados por via oral, mas desconhece a restante posologia. Apenas se recorda que toma 3 comprimidos antes do pequeno almoço, 2 após o pequeno almoço; 2 após o almoço; 2 antes do jantar e um após o jantar, não sabendo especificar quais os fármacos e doses em cada situação.

Vacinas

Vacinas actualizadas de acordo com o PNV.

História Social e Profissional

Escolaridade

4º ano.

Religião

Católico.

Agregado Familiar

Vive com a esposa, que é doméstica, e com a filha, socióloga.

Animais de estimação

Refere ter um cão.

Profissão actual

Madeireiro desde os 7 anos de idade.

Profissões prévias

Nega profissões prévias.

Condições da Habitação

Reside em vivenda própria com luz eléctrica, água canalizada, saneamento básico e aquecimento.

Viagens

Refere ter cumprido o Serviço Militar Obrigatório em Cabo Verde, em 1974.

Visitou a França em 2007.

Rotina diária

O paciente refere que acorda entre as 6h45 e as 7h00, trata da sua higiene pessoal e vai na sua carrinha de trabalho para a montanha, onde trabalha como madeireiro com o seu filho e outros colegas. A meio da manhã interrompe o trabalho para fazer a sua primeira refeição, o pequeno almoço, que leva consigo de casa. Retorna

ao trabalho até às 12h, altura em que regressa a casa para almoçar, pelas 12h30, com a esposa e os filhos. Após o almoço, reinicia o trabalho até cerca das 18h30 ou 19h00. Regressa a casa e janta pelas 20h30, ocupando o tempo entre a chegada e o jantar vendo televisão. Nos dias mais quentes, faz um passeio a pé pela sua freguesia e encontra os seus amigos após o jantar. Com a chegada do tempo chuvoso, refere que se deita pouco depois do jantar, não tendo dificuldades em adormecer.

História Médica Familiar

Mãe: morte aos 92 anos. História de úlceras gástricas e hipertensão arterial.

Pai: morte aos 93 anos. Sem patologia conhecida.

Irmão: 62 anos. Sem patologia conhecida.

Filha: 32 anos. Sem patologia conhecida.

Filho: 34 anos. Sem patologia conhecida.

Netas: duas netas, uma com 4 anos, outra com 18 meses, filhas do filho do paciente. Sem patologia conhecida.

Esposa: 62 anos. História de hipertensão arterial.

O doente não conheceu os avós, que morreram previamente ao seu nascimento, pelo que desconhece patologia dos avós.

Do lado materno teve 3 tias, que morreram, cujos antecedentes e causa de morte desconhece. Tem ainda cerca de 6 primos (não se recorda com clareza do número e confunde as progenitoras) do lado materno com os quais não mantém contacto, não sabendo esclarecer acerca do seu estado de saúde.

Do lado paterno, teve 3 tios, que morreram, cujos antecedentes e causa de morte também desconhece. Tem ainda, do lado paterno, 2 primas, sem patologia conhecida.

Desconhece antecedentes familiares de neoplasia gastrointestinal, pulmonar, da mama ou outras. Desconhece também outros antecedentes de doença cardiovascular, além de hipertensão arterial, ou endocrinológica.

Grau de autonomia

O paciente é autónomo e independente, não apresentando limitações na mobilidade ou na realização de actividades de vida diária.

Biopatografia

O paciente nasceu a 23 de Agosto de 1950 na freguesia de Besteiros de onde os seus pais eram naturais, concelho de Amares, localizado no distrito de Braga. O seu parto foi domiciliário, eutócico e sem complicações. À data do seu nascimento, a mãe tinha 38 anos, o pai tinha 46 anos e tinha já o seu único irmão, com 2 anos.

Cresceu em ambiente rural, numa casa humilde, sustentada pelo pai, que era madeireiro, onde vivia com os pais e o irmão. Foi uma criança aparentemente saudável, não se recordando de padecer de qualquer patologia, nem mesmo da varicela, da parotidite ou do sarampo.

Aos 7 anos entrou na Escola Primária de Amares, altura em que começou também a ajudar o pai no seu trabalho como madeireiro. Quando questionado acerca da sua infância, refere que foi um período difícil pois começou a trabalhar muito cedo, não sentindo que foram anos particularmente felizes. Aos 11 anos, com o 4º ano completo, abandonou a escola por exigência dos pais, para se dedicar a tempo inteiro ao trabalho como madeireiro com o pai.

Viveu durante toda a infância e adolescência na casa onde nasceu, num ambiente familiar sem problemas, mantendo uma relação de proximidade com todos os membros do agregado familiar, particularmente com o irmão. Durante este período, estabeleceu

também laços de amizade e companheirismo importantes com os colegas de trabalho, todos da geração do seu pai.

Aos 20 anos conheceu a sua actual esposa, com quem casou 4 anos depois, em 1974. No mesmo ano cumpriu Serviço Militar Obrigatório em Cabo Verde. Em 1973 o sogro morreu de causa que desconhece.

Após o casamento, continuou a morar na casa dos pais, agora também com a esposa. Três anos após o casamento nasceu o primeiro filho. Passados 2 anos do nascimento do primeiro filho, nasceu a filha do casal.

No ano de 1981 foi viver com a esposa e os filhos para uma vivenda na freguesia de Carrazedo, em Amares, que foi construindo desde o início do casamento e que ainda não se encontrava concluída, abandonado a casa dos pais, onde estes passaram a viver sozinhos, pois o irmão do paciente havia emigrado para França com a esposa, que é, por sua vez, a irmã mais nova da esposa do paciente. Encarou a mudança de casa como uma conquista porque há muito ansiava ser o chefe de família, situação que nunca se verificou enquanto morava com os pais, onde sentia que tinha ainda que atender aos caprichos dos progenitores, apesar da boa relação que sempre mantiveram.

Em 1997, o pai do paciente morreu, aos 93 anos, sem se conhecer a causa. O doente refere nunca ter visto o pai a tomar qualquer medicação por ser saudável, pelo que encarou a sua morte com pesar e surpresa.

O filho mais velho frequentou a escola até concluir o 10º ano, altura em que abandonou o ensino para trabalhar com o pai. Em 2001, aos 25 anos, casou e saiu da casa dos pais para viver numa casa no mesmo bairro. A filha vive ainda com o paciente e a sua esposa, é solteira e concluiu a Licenciatura de Sociologia.

A mãe do paciente morreu em 2004, aos 92 anos. Tinha antecedentes de hipertensão arterial e úlceras gástricas.

No início de 2006 nasceu a primeira neta do paciente.

Até 2006, o paciente refere que foi saudável, não valorizando nenhum acontecimento patológico.

Em Outubro de 2006, o paciente teve um enfarte agudo do miocárdio, momento em que lhe foram diagnosticadas, no internamento no Hospital de S. Marcos, diabetes *mellitus*, hipertensão arterial, dislipidemia e hiperuricemia. Este evento alertou-o para a fragilidade da condição humana, dado que nunca tinha avaliado antes devido ao seu passado estéril em patologia pessoal. Esteve incapacitado para o trabalho cerca de 7-8 meses, interrompendo a sua baixa para ir a França visitar o irmão, com quem mantém uma excelente relação, apesar da distância.

Ainda no ano de 2006, a sogra do paciente morreu. O doente refere que manteve com os sogros uma óptima relação.

Em 2009 nasceu a segunda neta do paciente, filha do seu filho.

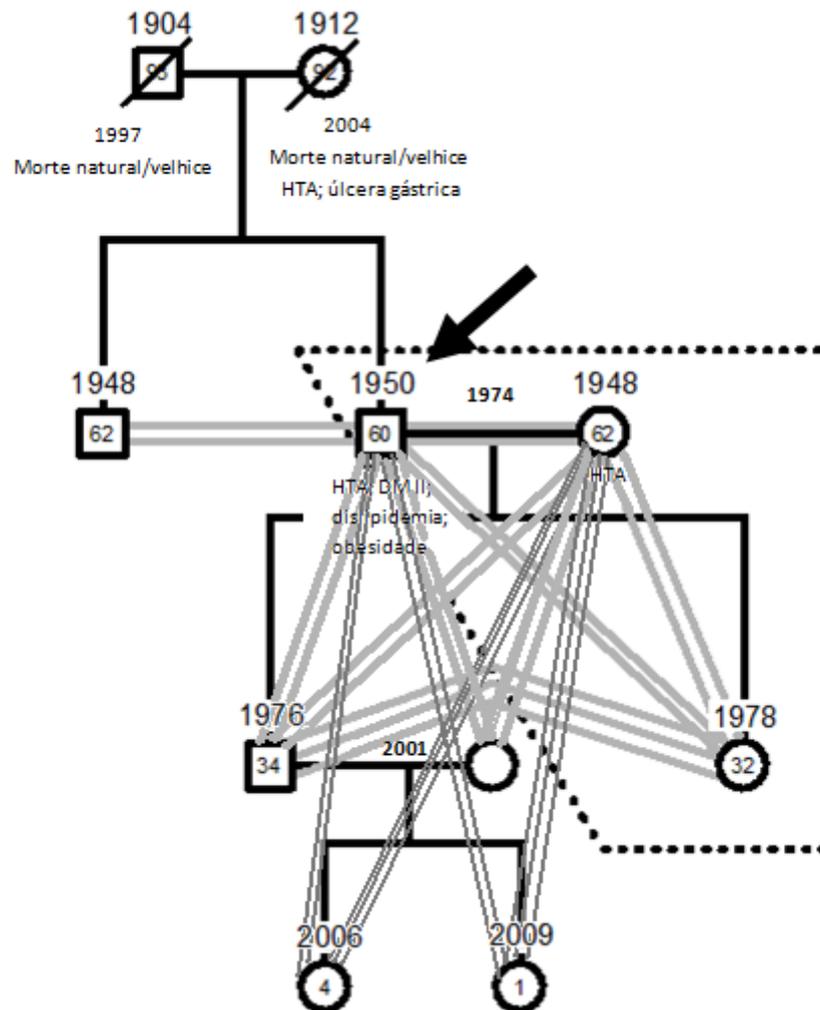
Actualmente, encontra-se estável económica, social e emocionalmente. A nível familiar, sente-se satisfeito com as relações que mantém com o seu agregado familiar e com a restante família. Sente-se também satisfeito com as relações interfamiliares entre os restantes membros da família. Mantém a mesma profissão que sempre desempenhou, de madeireiro, e a sua esposa é doméstica, como sempre foi, e cuida das duas netas durante o horário laboral do filho e da nora. O paciente refere que a esposa sempre o apoiou emocionalmente, mas que agora dedica mais a sua atenção às netas, sentido que nem sempre o acompanha nos momentos de fragilidade, embora reconheça que há um componente de ansiedade da sua parte desde o enfarte agudo do miocárdio que ainda não conseguiu superar na totalidade.

Linha de Vida de Medalie

Tabela 1: Linha de vida de Medalie.

Etapa/Crise	Data	Síndrome
Nascimento	1950	
Entrada na Escola Primária Início da vida laboral como madeireiro	1957	
Finalização do ensino primário, saída da escola e início da exclusividade da vida laboral	1961	
Início do namoro com a esposa	1970	
Morte do pai da esposa	1973	
Casamento Serviço Militar Obrigatório em Cabo Verde	1974	
Nascimento do primeiro filho	1976	
Nascimento da filha	1978	
Mudança de casa e saída da casa dos pais	1981	
Morte do pai	1997	
Casamento do filho e abandono do lar	2001	
Morte da mãe	2004	
Nascimento da primeira neta Morte da sogra	2006	Enfarte agudo do miocárdio Diagnóstico de diabetes <i>mellitus</i> , hipertensão arterial, dislipidemia e hiperuricemia
Viagem a França	2007	
Nascimento da segunda neta	2009	

Genograma e Psicofigura de Mitchel



Legenda	
HTA: hipertensão arterial	□ — ○ casamento
DM: diabetes <i>mellitus</i> tipo II	----- agregado familiar
□ sexo masculino	==== relação boa
○ sexo feminino	===== relação excelente
/ morte	

Figura 1: Genograma e psicofigura de Mitchel.

Ciclo de Vida Familiar de Duvall

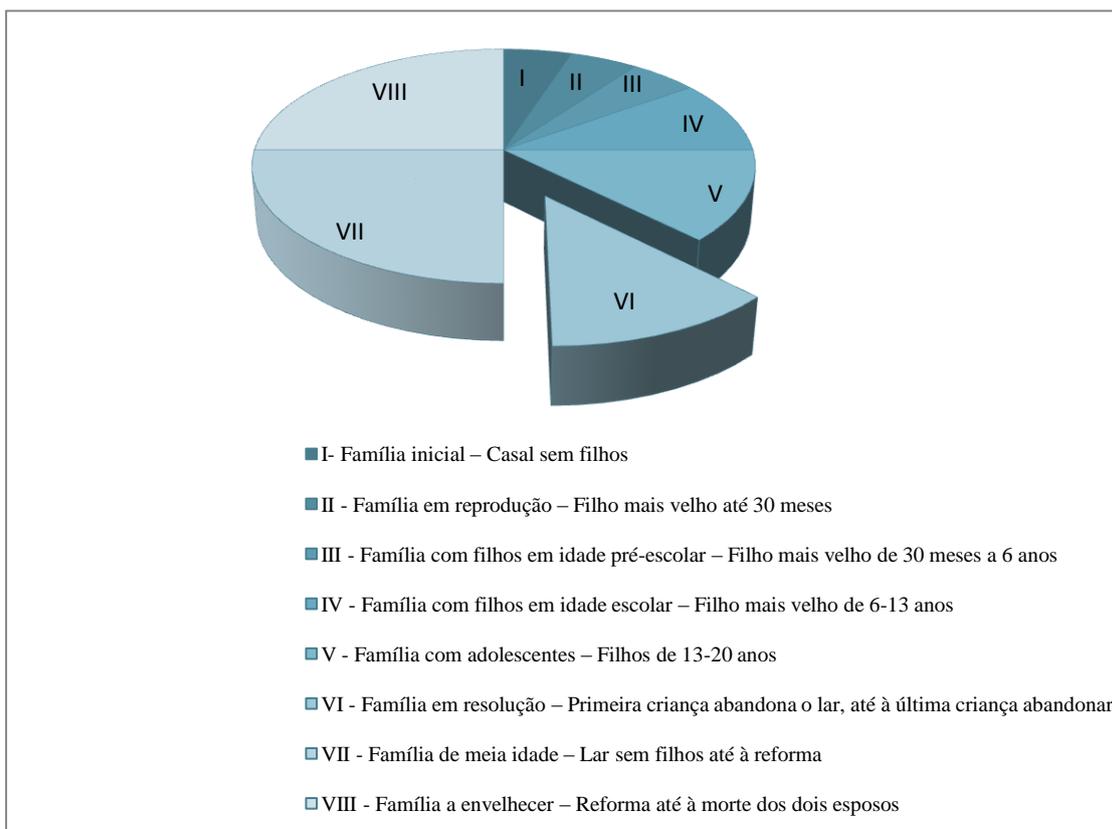


Figura 2: Ciclo de vida familiar de Duvall.

De acordo com a classificação de Duvall, o agregado familiar encontra-se no estadio VI do ciclo de vida familiar (figura 2) – família em resolução. Esta fase está relacionada com o momento entre o abandono do lar pelo primeiro filho e o abandono pelos outros filhos.

Alguns dos problemas que a família enfrenta prendem-se com a constatação do casal de que já ultrapassaram anos importantes das suas vidas e deparam-se com a conquista ou com a decepção de não terem realizado os seus sonhos e expectativas. Por outro lado, o casal tem que reaprender a comunicar após a saída dos filhos, que constituíram uma ponte comunicativa entre eles durante tantos anos. Na situação de saída do filho e casamento do mesmo, existe ainda o risco de ocorrer um envolvimento excessivo dos pais na nova relação. Também nesta etapa da vida, as doenças cardiovasculares são as principais causas de morbilidade e de mortalidade, bem como o

início das doenças osteoarticulares e reumáticas, e até mesmo perturbações emocionais e depressivas.

É, por isso, importante neste momento, avaliar o papel de cada elemento da família e a dinâmicas das suas relações, para melhor compreender e prever quais são os suportes afectivos indicados no futuro. É igualmente importante investigar os factores de risco de cada elemento do casal para estabelecer um plano preventivo e tratar patologias precocemente.

Apgar Familiar de Smylstein

Para a obtenção do apgar familiar de Smylstein, fez-se o questionário transcrito na tabela 2. O resultado final obteve-se a partir da soma das pontuações das respostas (quase sempre = 2 pontos; algumas vezes = 1 ponto; quase nunca = 0 pontos).

Tabela 2: Questionário para obtenção do Apgar familiar de Smylstein.

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

O apgar familiar de Smylstein foi de 10 pontos, o que incluiu a família na categoria de família altamente funcional.

Círculo Familiar de Thrower

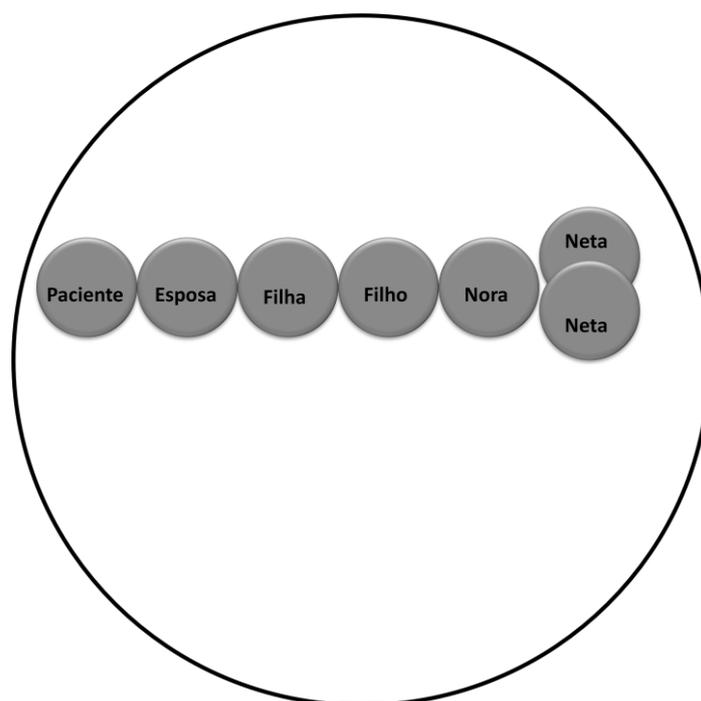


Figura 3: Representação esquemática do círculo familiar de Thrower desenhado pelo paciente.

O paciente integra todo o agregado familiar dentro do círculo (figura 3) que representa a família, todas em posições sucessivas, e sempre próximas umas das outras sucessivamente. A pessoa que coloca mais próxima é a sua esposa, e seguidamente a sua filha. Coloca ainda no círculo o filho, a nora, que refere ser de grande disponibilidade para com a sua esposa, e as netas. Quando terminou a tarefa de representar os elementos da família, manifestou interesse em colocar as netas mais próximas de si – “deviam estar antes da nora” (sic). Referiu que se sentia igualmente próximo de todos os elementos representados, apesar de não se representar numa

posição equidistante de todos. Quando questionado acerca das pessoas a quem recorreria se precisasse de ajuda, respondeu que recorreria à esposa, facto suportado pela sua representação esquemática da esposa como o elemento com quem tem maior afinidade. No caso de se tratar de um problema de trabalho, recorreria ao filho, seu colega. O facto de colocar todos os elementos próximos uns dos outros sucessivamente aponta para uma situação de coesão e proximidade familiar.

Relações sociais

Intra-familiares

O paciente sente-se satisfeito com as relações que mantém com todos os elementos da família. Sente-se apoiado pela esposa e pela filha, mantendo com ambas uma relação de proximidade. Parece relacionar-se muito bem com o filho, com a nora e com as duas netas, por quem nutre genuíno afecto. Refere ainda que, apesar da separação geográfica, tem uma relação forte e importante com o irmão (emigrante na França). Nega relações conflituosas.

Extra-familiares

Fora do seio familiar, o doente parece ter vários amigos na sua freguesia com quem estabelece contacto ocasional, mas refere que quando sente que precisa de apoio, recorre aos colegas de trabalho, amigos de longa data com quem trabalha desde sempre. A vida social extrafamiliar do paciente, é, na sua opinião, satisfatória.

Caracterização da família

A família do paciente parece ter dois pilares centrais: o paciente, enquanto fonte de rendimento, e a esposa, enquanto cuidadora.

Como todas as famílias, atravessaram momentos dramáticos, nomeadamente a morte dos pais e dos sogros do paciente, que encararam com grande pesar, mas os lutos parecem ter sido feitos de forma saudável e a família reorganizou-se em todas as situações apoiando-se mutuamente no seio do agregado familiar e sem recorrer a ajudas externas, nomeadamente, farmacológicas.

O paciente refere que a sua relação com a esposa é muito boa, bem como com a nora, as netas e com o irmão. Refere que a esposa sente que a filha é mais afectuosa com o paciente do que com ela. Mantém com o filho uma boa relação familiar e de trabalho. Os filhos mantêm uma relação de extrema cumplicidade mútua. Aparentemente, a relação dos filhos com a esposa é também muito boa.

Risco familiar

Para avaliar o risco familiar foram aplicados dois métodos: os critérios de risco familiar de Imperatori (figura 4) e os critérios de Segovia Dreyer (figura 5).

Famílias vulneráveis

- I. Famílias compostas por pais jovens e filhos pequenos que moram todos num quarto alugado.
- II. Famílias cuja dinâmica de relação esteja alterada e em que, pelo menos, metade dos seus filhos, estejam sujeitos a insucesso escolar.
- III. Famílias que solicitam em excesso os cuidados do centro de saúde.
- IV. Famílias cujos membros, na sua totalidade ou na grande maioria, compartilhem um factor de risco comum (fumadores, obesos ou alcoólicos).
- V. Famílias, nas quais um membro seja centro da atenção dos outros e que, por isso, altere as relações intra familiares (deficiente mental ou físico que não é aceite, pai alcoólico, etc.).
- VI. Famílias que, pelos seus antecedentes familiares, estejam sujeitas a um risco mais elevado de padecer de determinado tipo de doenças embora essas doenças não estejam presentes na actualidade.

Resultado:

Alto risco: ≥ 4 critérios presentes

Médio risco: ≥ 2 critérios presentes

Baixo risco: < 2 critérios presentes

Figura 4: Critérios de risco familiar de Imperatori.

Factores de risco

1 Ponto

- Morbilidade crónica
- Invalidez
- Hospitalizações frequentes
- Mãe analfabeta
- Mãe solteira
- Chefe de família desempregado
- Ausência temporária de um dos pais
- Chefe de família com emprego temporário
- Morte de pai ou de mãe

2 Pontos

- Alcoolismo
- Droga
- Desnutrição
- Ausência de um dos pais
- Pais analfabetos
- Apgar familiar < 4
- Filho grande deficiente
- Chefe de família preso
- Filho com carências afectivas graves

Resultado:

Alto risco: > 6 pontos

Médio risco: \geq 3 pontos

Baixo risco: < 3 pontos

Figura 5: Critérios de risco familiar de Segovia Dreyer.

De acordo com os critérios de Imperatori, trata-se de uma família de baixo risco, pois nenhum dos critérios está presente. Segundo os critérios de Segovia Dreyer, trata-se também de uma família de baixo risco, sem nenhum dos factores de risco enumerados. A avaliação do risco familiar, foi portanto, coincidente: trata-se de uma família de baixo risco familiar.

Classificação Social de Graffar

As características sociais avaliadas na classificação de Graffar apresentam-se na figura 6.

Profissão

(1 ponto) Directores de bancos, directores técnicos de empresas, licenciados, engenheiros, profissionais com títulos universitários ou de escolas especiais e militares de alta patente.

(2 pontos) Chefes de secções administrativas ou de negócios de grandes empresas, subdirectores de bancos, peritos, técnicos e comerciantes.

(3 pontos) Ajudantes técnicos, contra-mestres, oficiais de primeira, encarregados capatazes e mestres-de-obras.

(4 pontos) Ensino primário completo. Motoristas, polícias, cozinheiros, (operários especializados), etc.

(5 pontos) Ajudantes de cozinha, mulheres de limpeza, (trabalhadores manuais ou operários não especializados).

Nível de instrução

(1 ponto): Ensino universitário ou equivalente (+12 anos de estudo).

(2 pontos): Ensino médio ou técnico superior (10 a 11 anos de estudo).

(3 pontos): Ensino médio ou técnico superior (8 a 9 anos de estudo).

(4 pontos): Ensino primário completo (6 anos de estudo).

(5 pontos): Ensino primário incompleto ou nulo.

Fontes de rendimento familiar

(1 ponto): A fonte principal é a fortuna herdada ou adquirida.

(2 pontos): Os rendimentos consistem em lucros de empresas, altos honorários, lugares bem remunerados.

(3 pontos): Os rendimentos correspondem a um vencimento mensal fixo.

(4 pontos): Os rendimentos resultam de salários, ou seja remuneração por semana, por horas ou tarefas.

(5 pontos): O indivíduo ou a família são sustentados pela beneficência pública ou privada. Não se incluem neste grupo, as pensões de desemprego ou de incapacidade para o trabalho.

Conforto do alojamento

(1 ponto): Casas ou andares luxuosos e muito grandes, oferecendo aos seus moradores o máximo conforto.

(2 pontos): Categoria intermédia: casas ou andares que sem serem tão luxuosos como os da categoria precedente, são, não obstante, espaçosos e confortáveis.

(3 pontos): Casa ou andares modestos, bem construídos e em bom estado de conservação, bem iluminadas e arejadas com cozinha e casa de banho.

(4 pontos): Categoria intermédia entre 3 e 5.

(5 pontos): Alojamentos impróprios para uma vida decente.

Aspecto do bairro habitado

(1 ponto): Bairro residencial elegante, onde o valor do terreno ou dos alugueres são elevados.

(2 pontos): Bairro residencial bom, de ruas largas, com casas confortáveis e bem conservadas.

(3 pontos): Ruas comerciais ou estreitas e antigas, com casas de aspecto em geral menos confortável.

(4 pontos): Bairro operário populoso, mal arejado ou bairro em que o valor do terreno está diminuído como consequência da proximidade de oficinas, fábricas, estações de caminho de ferro.

(5 pontos): Bairros de lata.

Classificação social

Classe I: Famílias cuja soma de pontos vai de 5 a 9 (classe alta)

Classe II: Famílias cuja soma de pontos vai de 10 a 13 (classe média alta)

Classe III: Famílias cuja soma de pontos vai de 14 a 17 (classe média)

Classe IV: Famílias cuja soma de pontos vai de 18 a 21 (classe média baixa)

Classe V: Famílias cuja soma de pontos vai de 22 a 25. (classe baixa).

Figura 6: Classificação social de Graffar.

No que diz respeito ao agregado familiar em estudo, apresentam-se na tabela 3 os resultados:

Tabela 3: Classificação social de Graffar do agregado familiar do paciente.

Profissão	Madeireiro	5 pontos
Nível de instrução	4º ano	5 pontos
Fontes de rendimento familiar	Resultam de remuneração por tarefas	4 pontos
Conforto do alojamento	Vivenda bem construída, bem conservada, espaçosa e confortável	2 pontos
Aspecto do bairro habitado	Bairro residencial bom, de ruas largas, com casas confortáveis e bem conservadas	2 pontos

O agregado familiar pertence à classe IV, classe média baixa, uma vez que totalizou 18 pontos.

Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe para Unidades de Crise

Na tabela 4 apresentam-se as situações de crise consideradas na escala de readaptação social de Holmes e Rahe.

Tabela 4: Escala de readaptação social de Holmes e Rahe para unidades de crise.

1	Morte cônjuge	100
2	Divórcio	73
3	Separação conjugal	65
4	Saída da cadeia	63
5	Morte de familiar próximo	53
6	Acidente ou doença grave	53
7	Casamento	50

8	Despedimento	47
9	Reconciliação conjugal	45
10	Reforma	45
11	Doença grave de família	44
12	Gravidez	40
13	Problemas sexuais	39
14	Aumento do agregado familiar	39
15	Readaptação profissional	39
16	Mudança de situação económica	38
17	Morte de amigo íntimo	37
18	Mudança de tipo de trabalho	36
19	Alteração do nº de discussões com cônjuge	35
20	Contrair um grande empréstimo	31
21	Acabar de fazer um grande empréstimo	30
22	Mudança de responsabilidade no trabalho	29
23	Filho que abandona o lar	29
24	Dificuldades com família do cônjuge	29
25	Acentuado sucesso pessoal	27
26	Cônjuge que inicia/termina emprego	26
27	Início ou fim de escolaridade	26
28	Mudança nas condições de vida	25
29	Alteração dos hábitos pessoais	24
30	Problemas com o patrão	23
31	Mudança de condições ou hábitos de trabalho	20
31	Mudança de residência	20
33	Mudança de escola	19
34	Mudança de diversões	18
35	Mudança de actividades religiosas	19
36	Mudança de actividades sociais	18
37	Contrair uma pequena dívida	17
38	Mudança de hábitos de sono	16
39	Mudança de número de reuniões familiares	15

40	Mudança de hábitos alimentares	15
41	Férias	13
42	Natal	12
43	Pequenas transgressões à Lei	11

O paciente não atravessou no último ano nenhuma das situações de crise enumeradas na esclala de readaptação social de Holmes e Rahe, pelo que se concluiu que a probabilidade de adoecer por doença física ou psiquiátrica é mínima.

Dinâmica Familiar de Minuchin

A família do paciente é uma família funcional – coesa.

CONSULTA – 12 de Novembro, 2010

O paciente recorreu à consulta de vigilância trimestral da diabetes *mellitus*, na qual foram avaliadas as análises de controlo da diabetes requisitadas na consulta anterior. O outro motivo que trouxe o doente à consulta foi a necessidade de renovação da prescrição da terapêutica farmacológica habitual.

Exame subjectivo:

O paciente apresenta sensação de peso nas pernas e refere que as soluções de continuidade nesta região cicatrizam com maior dificuldade desde que se instalou esse sintoma. Nega edema ou queixas álgicas. Refere ainda dor pré-cordial em aperto, sem irradiação, pouco intensa, precipitada por situações em que ocorrem mudanças de planos inesperadas ou quando tem compromissos que teme não cumprir, ainda que não

sejam de grande relevância. Nega dor pré-cordial precipitada pelo esforço. Nega também alívio da dor com o repouso.

Exame objectivo:

Ao exame objectivo, verificou-se uma pressão arterial sistólica elevada (PA = 150/81 mmHg); um IMC de 34 Kg/m²; hiperpigmentação e descamação da pele ao nível dos 2/3 inferiores das pernas e rarefacção pilosa bilateral das pernas, sem distensão venosa, edema ou ulcerações; analiticamente, apresentou uma hemoglobina glicosilada de 5,7%.

REVISÃO POR APARELHOS E SISTEMAS

Geral

Nega astenia, fadigabilidade, anorexia, diminuição de peso, diminuição da capacidade de trabalho, sudorese, suores nocturnos, arrepios, febre ou mau estar.

Pele

Nega eritema, erupções cutâneas faciais, enfraquecimento do cabelo, pele seca, prurido, modificações da cor, sudorese excessiva, história de eczema ou alterações das unhas.

Olhos

Refere uso de óculos de leitura (presbiopia).

Nega diplopia, fotofobia, lacrimejo excessivo, sensações invulgares, dor ocular ou olho vermelho.

Ouvidos

Nega alterações da audição, otalgia, infecção, zumbido, vertigens ou otorreia.

Nariz

Nega obstrução nasal, rinorreia, epistáxis, espirros ou alterações do olfacto.

Boca e garganta

Nega alterações dos dentes ou das gengivas, odontalgia, xerostomia, sialorreia, gengivorragias, rouquidão, modificações da voz, alterações do gosto ou exsudado orofaríngeo.

Endócrino

Nega intolerância ao frio ou ao calor, alteração inexplicável do peso, polifagia, dor ou aumento da tireóide, polidipsia ou poliúria.

Respiratório

Nega tosse, dor pleurítica, toracalgia, dispneia, expectoração, cianose, pieira ou hemoptise.

Cardiovascular

Refere história de EAM em Outubro de 2006, hipertensão arterial sensação de pernas pesadas e maior dificuldade na cicatrização de feridas dos membros inferiores.

Nega palpitações, dor torácica, dispneia de esforço, ortopneia, dispneia paroxística nocturna, edemas, claudicação intermitente, veias varicosas, tromboflebitis ou extremidades frias.

Hematológico

Nega tendência para sangramento ou hematomas fáceis.

Gastrointestinal

Nega dor abdominal, náuseas, vômitos, disfagia ou outras alterações da deglutição, pirose, enfartamento, intolerância alimentar, obstipação, diarreia, modificações da cor ou consistência das fezes, hematemeses, melenas, hematoquezias, rectorragias, hemorróides, dor rectal ou tenesmo ou alteração dos hábitos intestinais.

Genitourinário

Nega polaquiúria, nictúria, noctúria, disúria, dor no flanco ou suprapúbica, urgência, hematúria, dificuldade no início da micção, modificações do jacto, incontinência ou alteração da cor ou do odor da urina.

Mama

Nega tumefacções, galactorreia, dor ou hipersensibilidade.

Músculo-esquelético

Nega diminuição da força muscular, paralisia, rigidez muscular, limitação de movimentos, dor articular, rigidez articular ou deformidades ósseas.

Neurológico

Nega quedas, tonturas, vertigens, síncope, cefaleias, convulsões, perda de conhecimento, anomalias sensitivas ou de coordenação, paralisias, tremor, alterações de memória, alterações de linguagem, alucinações ou desorientação.

Psiquiátrico

Nega modificações de humor, dificuldade de concentração, irritabilidade, distúrbios do sono, tensão ou pensamentos suicidas.

EXAME FÍSICO

Estado geral

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

Apresentou bom estado geral e idade aparente coincidente com a idade real.

Sentado, sem sinais de desconforto. Ausência de fácies peculiar ou de dor. Ausência de deformações aparentes.

Pele e mucosas coradas e hidratadas. Anictérico e acianótico.

Biótipo longilíneo.

Sinais vitais

Frequência cardíaca: 54 bpm.

Pressão arterial: 150/81 mmHg.

Frequência respiratória: 20 cpm.

Tempertura: 36,2°C.

Antropometria

Peso: 108 Kg.

Altura: 1,78 m.

IMC: 34 Kg/m².

Pele e faneras

Pele corada, hidratada, anictérica e acianótica. Sem alterações da integridade, textura e temperatura.

Descamação e hiperpigmentação da pele dos membros inferiores. Ausência de edema, acne, sudorese excessiva, odor ou cicatrizes da pele nos membros inferiores ou superiores.

Sem lesões vasculares.

Distribuição pilosa normal para a idade e para o sexo, sem alterações da textura do pêlo. Linha de implantação do cabelo normal.

Leito ungueal sem alterações.

Cabeça

Inspecção

Crânio de configuração normal, sem dismorfias ou tumefacções. Ausência de alopecia. Cabelo grisalho.

Face sem dismorfias ou telangiectasias. Mímica facial conservada.

Palpação

Cabelo sem alterações. Ausência de lesões ou pontos dolorosos no couro cabeludo.

Pulsos temporais palpáveis bilateralmente, simétricos amplos e indolores.

Ausência de adenomegalias nas áreas occipital, pré-auricular ou submandibular.

Olhos

Pálpebras simétricas, móveis, sem ptose, retracção, edema, sinais inflamatórios ou xantelasma.

Ausência de exoftalmia ou enoftalmia.

Arcada supraciliar de configuração e distribuição pilosa normais.

Conjuntiva, esclerótica, córnea e cristalino sem alterações.

Escleróticas anictéricas.

Mobilidade dos globos oculares normal. Ausência de secreções anormais.

Ouvidos

Pavilhões auriculares de configuração e implantação normais e simétricas. Ausência de nódulos na cartilagem ou otorreia.

Sem alterações da audição.

Ausência de adenomegalias retroauriculares ou dor à palpação da região mastoideia.

Fossas Nasais

Pirâmide nasal de configuração normal, com septo nasal alinhado.

Fossas nasais permeáveis, sem rinorreia, epistáxis ou edema.

Sem dor à percussão dos seios perinasais.

Cavidade oral e orofaringe

Sem alterações do hálito.

Lábios com coloração e hidratação normais, sem lesões. Comissuras labiais simétricas, sem fissuras ou úlceras.

Língua de dimensões normais e hidratada. Distribuição das papilas gustativas sem alterações. Ausência de exsudados ou ulcerações.

Mucosa oral de coloração e hidratação normais e sem ulcerações aparentes.

Gengivas de coloração normal, sem exsudados ou gengivorragias.

Dentes de coloração amarelada.

Pescoço

Sem deformidades ou tumefacções visíveis.

Ausência de adenomegalias cervicais ou supraclaviculares.

Glândulas parótidas e submaxilares de dimensões e consistência normais, sem nódulos ou dor à palpação.

Traqueia na linha média com mobilidade normal.

Tireóide de tamanho e forma normais, sem nódulos ou pontos dolorosos.

Tórax

Simétrico, sem deformidades ou alteração dos diâmetros ântero-posterior e transversos.

Ausência de tumefacções visíveis, massas palpáveis ou de circulação venosa superficial. Ausência de pontos dolorosos ou de adenomegalias axilares.

Sistema respiratório

Inspecção

Respiração abdominal.

Expansibilidade e mobilidade torácicas normais. Ausência de retracções, tiragem (supraclavicular, intercostal ou subcostal) ou uso de músculos acessórios da respiração.

Movimentos respiratórios simétricos e rítmicos, com amplitude normal.

Relação inspiração/expiração normal.

Auscultação

Sons respiratórios presentes bilateralmente e simétricos, de intensidade normal, sem ruídos adventícios. Transmissão dos sons vocais sem alterações.

Ausência de sons adicionais, atrito pleural ou egofonia.

Percussão

Ressonância normal, área de macicez hepática.

Palpação

Movimentos simétricos, sem frémito ou crepitações.

Sistema cardiovascular

Pressão arterial determinada com recurso a esfigmomanómetro automático, colocado no braço esquerdo, com o paciente sentado: 150/81 mmHg.

Frequência cardíaca determinada por palpação do pulso radial, que se encontrava rítmico, regular, amplo e simétrico: 54 bpm.

Pulsos temporais, carotídeos e pediosos palpáveis bilateralmente e simétricos.

Ausência de frémitos ou sopros carotídeos, temporais, renais, femorais ou da aorta abdominal.

Membros inferiores com hiperpigmentação e descamação da pele ao nível dos 2/3 inferiores das pernas. Rarefacção pilosa bilateral das pernas. Temperatura da pele e leitos ungueais normais. Sem distensão venosa, veias varicosas ou dor à palpação. Sinal de Godet negativo (sem edema).

Palpação da área pré-cordial

Ausência de frémitos.

Auscultação

S1 e S2 audíveis em todos os focos, rítmicos e de intensidade normal. Sem S3, S4, sopros, cliques ou atrito pericárdico audíveis.

Abdómen

Inspecção

Abdómen globoso, não distendido, simétrico, com mobilidade respiratória normal.

Distribuição pilosa normal para a idade e para o sexo.

Sem circulação colateral, peristaltismo, pulsatilidades, cicatrizes massas ou hérnias visíveis.

Cicatriz umbilical de configuração e implantação normais.

Sem alterações da pigmentação. Ausência de estrias violáceas.

Auscultação

Ruídos hidroaéreos presentes em todos os quadrantes, de timbre e intensidade normais. Ausência de sopros.

Percussão

Timpanismo generalizado.

Palpação

Abdómen mole e depressível, sem contractura ou defesa. Panícula adiposa aumentada.

Sem dor à palpação superficial ou profunda.

Ausência de tumefacções palpáveis, hérnias umbilicais ou inguinais ou adenomegalias inguinais. Anel umbilical sem áreas de fragilidade.

Fígado e baço não palpáveis.

Sem sinais de irritação peritoneal.

Dorso

Configuração normal, sem desvios do eixo da coluna vertebral, sem tumefacções. Postura normal.

Movimentos de flexão anterior, lateral e extensão de amplitude normal, sem dor.

Ausência de dor à palpação das apófises espinhosas ou das goteiras paravertebrais.

Ausência de dor à percussão do ângulo costovertebral (sinal de Murphy renal negativo).

Ausência de edema na região sagrada.

Membros

Simétricos, com temperatura normal.

Sem deformidades, assimetrias, tumefacções, adenopatias, varicosidades ou nódulos subcutâneos.

Movimentos amplos e simétricos. Mobilização activa e passiva indolores.

Massas musculares simétricas, sem atrofia muscular.

Articulações sem edema, sinais inflamatórios, ressaltos ou crepitações. Mobilidade articular preservada.

Neurológico

O doente apresentava-se consciente, colaborante e orientado no espaço e no tempo.

Funções intelectuais superiores (atenção, compreensão e memória) preservadas.

Linguagem e marcha sem alterações.

Função cerebelar preservada.

Ausência de sinais de irritação meníngea.

Pares cranianos

Não foram avaliados os pares cranianos.

Membros

Força e tónus muscular normais.

Ausência de fasciculações ou movimentos anormais.

Os reflexos tendinosos e as sensibilidades superficial (táctil e dolorosa) e profunda (postural) não foram pesquisados.

Lista de problemas activos

- Doença coronária isquémica estável sem angina;
- Diabetes *mellitus* tipo II com bom controlo metabólico;

- Hipertensão arterial descontrolada;
- Dislipidemia;
- Hiperuricemia;
- Obesidade grau I;
- Síndrome metabólico;
- Insuficiência venosa periférica ligeira (sem complicações);
- Ansiedade.

Lista de problemas passivos

- Enfarte agudo do miocárdio aos 56 anos.

Plano

Relativamente ao doente:

- Consultas de vigilância periódicas para avaliação da diabetes *mellitus* tipo II, da hipertensão arterial e da dislipidemia.
- Controlo dos factores de risco cardiovascular.
- Manutenção da terapêutica farmacológica e considerar aumento da dose ou mudança de esquema terapêutico para controlo da hipertensão arterial.
- Instituição de terapêutica farmacológica da dislipidemia.
- Aconselhamento e incentivo da adopção de um estilo de vida saudável, nomeadamente no que diz respeito à prática de exercício físico que o paciente tem negligenciado, bem como no que diz respeito aos cuidados alimentares.
- Marcação de uma consulta de Nutrição.

- Recomendar o uso de meias elásticas de compressão e outras medidas gerais para evitar os sintomas da insuficiência venosa periférica, como: elevar as pernas quando em decúbito dorsal; evitar o ortostatismo por períodos de tempo prolongados e, se necessário permanecer em pé, ir flectindo as pernas regularmente; reduzir a carga ponderal.
- Educar acerca de estratégias para lidar com a ansiedade, como a prática de exercício físico ou actividades relaxantes.

Plano familiar

- Ensino e incentivo de estilos de vida saudáveis a todos os familiares, para que, em equipa alcancem antecipadamente resultados terapêuticos, e por motivos de medicina preventiva.

Comentário final

DSC é um utente reservado mas afectuoso. No decorrer da entrevista, que se realizou após a consulta, mostrou-se disponível e progressivamente mais confortável e extrovertido. Não se mostrou aparentemente preocupado com nenhum assunto, nem apresentou queixas até lhe serem perguntadas directamente.

O paciente fala fluentemente e expressou-se com clareza, pelo que não houve dificuldade na colheita de informação. Recorda-se das datas de vários acontecimentos importantes na sua vida, embora não fale deles com muito detalhe. Foi na colheita de informação dos antecedentes familiares que foram encontradas mais dificuldades, pois o paciente não mostrou muita certeza acerca do número de primos e de tios, não conseguindo, de todo, identificar de que tios os primos eram filhos, pelo que, na elaboração do genograma, esses familiares não foram contemplados. Também na elaboração do círculo de Thrower, o paciente não se mostrou muito à vontade.

Concluiu-se na entrevista que o paciente é um homem bem integrado na sociedade e que vive um contexto familiar que potencia o seu bem-estar. Sente-se realizado e estável a nível emocional, familiar, profissional e social.

Bibliografia

- Martins C, Fonseca IM, Costa P. Uma avó e dois netos adolescentes: um «agregado» de problemas. Rev Port Clin Geral 2000; 16:313-28.
- Caeiro RT. Registos Clínicos em Medicina Familiar. Instituto de Clínica Geral da zona Sul. 1ªed.: Édipo, edição electrónica, Lda; 1991.

APÊNDICE IX – ESTUDO COMPLEMENTAR: COMPARAÇÃO DOS MOTIVOS DE CONSULTA DE DUAS UNIDADES DE SAÚDE: UMA URBANA E UMA RURAL

RESUMO

Conhecer os padrões de procura dos Cuidados de Saúde Primários permite identificar as necessidades dos utentes, bem como orientar a formação médica e organizar a consulta de Medicina Geral e Familiar.

Realizou-se um estudo observacional transversal, que decorreu durante 4 semanas no Centro de Saúde São João e na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Amares, com o objectivo de identificar e comparar os motivos de consulta/seguimento dos utentes da consulta programada de duas Unidades de Saúde (US) e os problemas agudos que levaram os pacientes à consulta aberta das mesmas US, uma urbana e uma rural. Para tal, registaram-se os motivos de consulta dos utentes das consultas presenciadas e classificaram-se esses motivos de acordo com os capítulos da Classificação Internacional de Cuidados Primários (ICCP-2: anexo I).

Os principais motivos de consulta programada foram queixas relacionadas com os sistemas endócrino/metabólico e nutricional, circulatório e músculo-esquelético na US urbana; e com os sistemas endócrino/metabólico e nutricional, circulatório e consultas de manutenção de saúde/prevenção na rural. Na distribuição por faixas etárias, até aos 18 anos o principal motivo de consulta foi manutenção de saúde/prevenção nas duas US; entre os 19-64 anos foram mais frequentes as queixas relacionadas com os aparelhos endócrino/metabólico e nutricional, músculo-esquelético, genital e procedimentos administrativos na US urbana e as queixas relacionadas com os aparelhos endócrino/metabólico e nutricional, circulatório e músculo-esquelético na rural; e nas idades superiores a 64 anos foram predominantes as queixas relacionadas com os aparelhos circulatório, endócrino/metabólico e nutricional e genital na US urbana, e as queixas relacionadas com os aparelhos endócrino/metabólico e nutricional, circulatório e digestivo na rural.

Na consulta aberta, os principais motivos de consulta foram queixas relacionadas com o aparelho respiratório, necessidade de realizar um procedimento administrativo e queixas músculo-esqueléticas na US urbana; e necessidade de um procedimento administrativo, queixas músculo-esqueléticas e psicológicas na rural. Na distribuição por faixas etárias, até aos 18 anos o principal motivo de consulta relacionou-se com queixas respiratórias nas duas US; entre os 19-64 anos foram mais frequentes as queixas digestivas, respiratórias e músculo-esqueléticas na US urbana e queixas músculo-esqueléticas, psicológicas e necessidade de um procedimento administrativo na rural; nas idades superiores a 64 anos foram mais frequentes os pedidos de procedimentos administrativos, as queixas respiratórias e músculo-esqueléticas na US urbana e pedidos de procedimentos administrativos na rural.

Concluiu-se que, neste estudo, uma grande parte dos motivos de consulta programada foram sobreponíveis no ambiente urbano e no rural, bem como nos sexos feminino e masculino. Os motivos variaram com a faixa etária, sendo mais discordantes entre o urbano e o rural na faixa etária dos 19-64 anos. Concluiu-se ainda que os motivos de consulta aberta foram muito variáveis, sendo necessária uma amostra maior para caracterizar os padrões de procura deste tipo de consulta.

INTRODUÇÃO

Os motivos de consulta são as razões que levam o paciente a procurar cuidados de saúde, descritas pelo próprio.¹ Podem tratar-se não só de sintomas, como também da necessidade de renovar a sua prescrição, de um procedimento administrativo, entre outros.²

Uma vez que as consultas de Medicina Geral e Familiar representam uma porção significativa da procura de serviços do Sistema Nacional de Saúde é fundamental caracterizar os motivos destas consultas para assim serem identificadas as necessidades em termos de saúde dos utentes, planear e organizar as consultas³, caracterizar a morbilidade⁴ e orientar o ensino médico pré-graduado.

A ICPC é um sistema de classificação universalmente aceite nos Cuidados de Saúde Primários que permite codificar os motivos de consulta de forma reprodutível e simples, sendo uma ferramenta fundamental na realização de um estudo que pretende identificar os padrões de procura de cuidados médicos em Medicina Geral e Familiar.

Foram identificados diferentes padrões de procura dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: no que diz respeito à Medicina Geral e Familiar, em 1995, os principais motivos de consulta demonstrados nos resultados de um estudo de Jordão⁴ estiveram relacionados com o sistema circulatório, motivos gerais e inespecíficos, aparelho músculo-esquelético, respiratório e digestivo. No mesmo estudo, os principais motivos agudos de consulta identificados foram queixas respiratórias, músculo-esqueléticas, psicológicas, digestivas e urológicas⁴. Já em 2000, um outro autor² identificou um padrão semelhante de procura de cuidados de saúde primários, sendo os primeiros quatro motivos principais sobreponíveis aos descritos por Jordão. No que diz respeito a queixas agudas, os principais motivos de consulta relacionaram-se com os aparelhos respiratório, nervoso, pele, músculo-esquelético, digestivo, genital masculino e urinário².

A literatura mostra que, em Portugal, os motivos de consulta são semelhantes independentemente do tipo de unidade de saúde em que os Cuidados de Saúde Primários são procurados⁴, sendo determinante nessa semelhança a igualdade de condições de vida, contexto sócio-económico e cultural.²

Este trabalho realizou-se com o objectivo de identificar e comparar os principais motivos de consulta/seguimento da consulta programada em duas unidades de saúde; e os principais motivos de consulta aberta nas mesmas unidades de saúde: uma urbana e uma rural.

MATERIAL E MÉTODOS

Realizou-se um estudo observacional transversal entre os dias 25 de Outubro e 19 de Novembro de 2010, no Centro de Saúde São João (urbano) e na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Amares (rural).

Na população alvo incluíram-se os utentes das Unidades de Saúde com os quais houve contacto directo, sendo a amostra constituída por todos os utentes de um tutor em cada Unidade de Saúde que recorreram às consultas programadas e abertas presenciadas durante o período de tempo em que decorreu o estudo.

Foram registados para cada tipologia de consulta (programada ou aberta) a idade, que foi dividida em 3 grupos etários (dos 0 aos 18 anos, dos 19 aos 64 anos e idade superior a 64 anos), o sexo dos participantes, a duração da consulta e os motivos de consulta, sendo estes últimos codificados por capítulos de acordo com a classificação ICPC-2 (Anexo I), pelo autor. Efectuou-se o tratamento dos dados com o Microsoft Office Excel 2007[®].

RESULTADOS

Caracterização da Amostra

A amostra foi constituída por 194 participantes, cuja distribuição por Unidade de Saúde e por tipologia de consulta é apresentada na tabela 1.

Tabela 1- Distribuição dos participantes por Unidade de Saúde e por tipologia de consulta.

	CSSJ (urbano)	UCSPA (rural)	Total
Consulta programada	30	100	130
Consulta aberta	45	19	64
Total	75	119	194

Na amostra da consulta programada, cerca de 61,5% dos participantes foram do sexo feminino, 38,5% do sexo masculino, e a sua idade mediana foi 52 anos. Na amostra da consulta aberta, 56,3% foram do sexo feminino, 43,8% do sexo masculino e a sua idade mediana foi 43,5 anos. A faixa etária mais prevalente foi 19-64 anos em ambas as amostras.

A caracterização das amostras por sexo e grupos etários das consultas programada e aberta em cada Unidade de Saúde é apresentada nas tabelas 2 e 3.

Tabela 2- Caracterização das amostras urbana e rural da consulta programada por sexo e grupos etários.

	Urbano		Rural	
	n	%	n	%
Distribuição por sexo				
Masculino	13	43,3	37	37,0
Feminino	17	56,7	63	63,0
Distribuição por grupo etário				
0-18 anos	3	10	16	16,0
19-64 anos	17	56,7	56	56,0
>64 anos	10	33,3	28	28,0

Tabela 3 – Caracterização das amostras urbana e rural da consulta aberta por sexo e grupos etários.

	Urbano		Rural	
	n	%	n	%
Distribuição por sexo				
Masculino	17	37,8	11	57,9
Feminino	28	62,2	8	42,1
Distribuição por grupo etário				
0-18 anos	7	15,6	2	10,5
19-64 anos	25	55,6	16	84,2
>64 anos	13	28,9	1	5,3

Caracterização da Consulta

Na Unidade de Saúde urbana assistiu-se a uma média de 6 consultas programadas por dia, com uma duração média de 16 minutos. Na Unidade de Saúde rural, presenciaram-se, em média, 11 consultas programadas por dia. Os tempos médios de duração da consulta programada, distribuídos de acordo com o sexo e de acordo com a faixa etária, são apresentados na tabela 4.

Tabela 4 –Duração média da consulta programada de acordo com o género e com a faixa etária.

	Tempo de consulta na Unidade de Saúde urbana (minutos)	Tempo de consulta na Unidade de Saúde rural (minutos)
Amostra total	16 (n=30)	10 (n=100)
Sexo masculino	17 (n=13)	7 (n=37)
Sexo feminino	16 (n=17)	11 (n=63)
0-18 anos	8 (n=3)	7 (n=16)
19-64 anos	13 (n=17)	11 (n=56)
>64 anos	26 (n=10)	9 (n=28)

No que diz respeito à consulta aberta, na Unidade de Saúde urbana presenciaram-se, em média 9 consultas por dia, com a duração média de 10 minutos. A média de consultas abertas por dia a que se assistiu na Unidade de Saúde rural foi de 2, com a duração média de 8 minutos. Os tempos médios de duração da consulta aberta, distribuídos de acordo com o género e de acordo com a faixa etária, são apresentados na tabela 5.

Tabela 5 - Duração média da consulta aberta de acordo com o género e com a faixa etária.

	Tempo de consulta na Unidade de Saúde urbano (minutos)	Tempo de consulta na Unidade de Saúde rural (minutos)
Amostra total	10 (n=45)	8 (n=19)
Sexo masculino	10 (n=17)	7 (n=11)
Sexo feminino	9 (n=28)	8 (n=8)
0-18 anos	9 (n=7)	12 (n=2)
19-64 anos	10 (n=25)	7 (n=16)
>64 anos	10 (n=13)	14 (n=1)

Consulta programada

As prevalências dos motivos de consulta distribuídos pelos capítulos da ICPC-2 das Unidades de Saúde urbana e rural são apresentadas na tabela 6.

Tabela 6 – Prevalência dos motivos de consulta programada nas duas Unidades de Saúde. M, masculino; F, feminino.

	Unidade de Saúde Urbana Prevalência			Unidade de Saúde Rural Prevalência		
	M	F	Total	M	F	Total
Procedimento Administrativo	3,3%	10,0%	13,3%	4,0%	2,0%	6,0%
Geral e inespecífico	3,3%	6,7%	10,0%	1,0%	4,0%	5,0%
Sangue, sistema hematopoiético, linfático, baço	0,0%	6,7%	6,7%	1,0%	2,0%	3,0%
Digestivo	13,3%	6,7%	20,0%	11,0%	10,0%	21,0%
Olho	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,0%	1,0%
Ouvido	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,0%	1,0%
Circulatório	23,3%	20,0%	43,3%	16,0%	32,0%	48,0%
Músculo-esquelético	16,7%	16,7%	33,3%	5,0%	16,0%	21,0%
Neurológico	0,0%	6,7%	6,7%	0,0%	1,0%	1,0%
Psicológico	0,0%	10,0%	10,0%	0,0%	9,0%	9,0%
Respiratório	10,0%	10,0%	20,0%	1,0%	7,0%	7,0%
Pele	3,3%	0,0%	3,3%	0,0%	2,0%	2,0%
Endócrino/Metabólico e Nutricional	30,0%	23,3%	53,3%	30,0%	30,0%	60,0%
Urinário	3,3%	0,0%	3,3%	1,0%	3,0%	4,0%
Gravidez, Parto e Planeamento Familiar	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	9,0%	9,0%
Genital	26,7%	3,3%	30,0%	2,0%	8,0%	10,0%
Problemas Sociais	3,3%	6,7%	10,0%	1,0%	0,0%	1,0%
Medicina Preventiva/Manutenção de Saúde	3,3%	10,0%	13,3%	7,0%	15,0%	22,0%

Verificou-se que 53,3% dos utentes da Unidade de Saúde urbana apresentaram como motivo de consulta programada queixas relacionadas com o sistema endócrino/metabólico e nutricional, 43,3% com o aparelho circulatório e 33,3% com o aparelho músculo-esquelético. No sexo feminino os motivos de consulta mais prevalentes foram sobreponíveis aos mencionados anteriormente, sendo as prevalências

23,3%, 20,0% e 16,7% respectivamente; no sexo masculino, as queixas endócrinas/metabólicas e nutricionais foram também as mais prevalentes (30,0%), seguidas de queixas genitais (26,7%) e do aparelho músculo-esquelético (16,7%).

Na Unidade de Saúde rural, os motivos mais frequentes de consulta foram queixas relacionadas com o sistema endócrino/metabólico e nutricional (60,0%), circulatório (48,0%) e consultas de manutenção de saúde/prevenção (28,0%). Em ambos os sexos as queixas endócrinas/metabólicas e nutricionais (30%) foram muito frequentes, seguindo-se a estas as queixas relacionadas com o sistema circulatório (16,0%) e digestivo (11,0%) no sexo masculino; e sendo precedida pelas queixas relacionadas com o aparelho circulatório (32,0%) e seguida pelas queixas músculo-esqueléticas (16%) no sexo feminino.

Na faixa etária dos 0-18 anos, o motivo de consulta mais frequente foi Medicina Preventiva/Acompanhamento de Saúde em ambas as Unidades de Saúde. A distribuição dos motivos de consulta programada na faixa etária dos 0-18 anos é apresentada nas figuras 1 e 2.

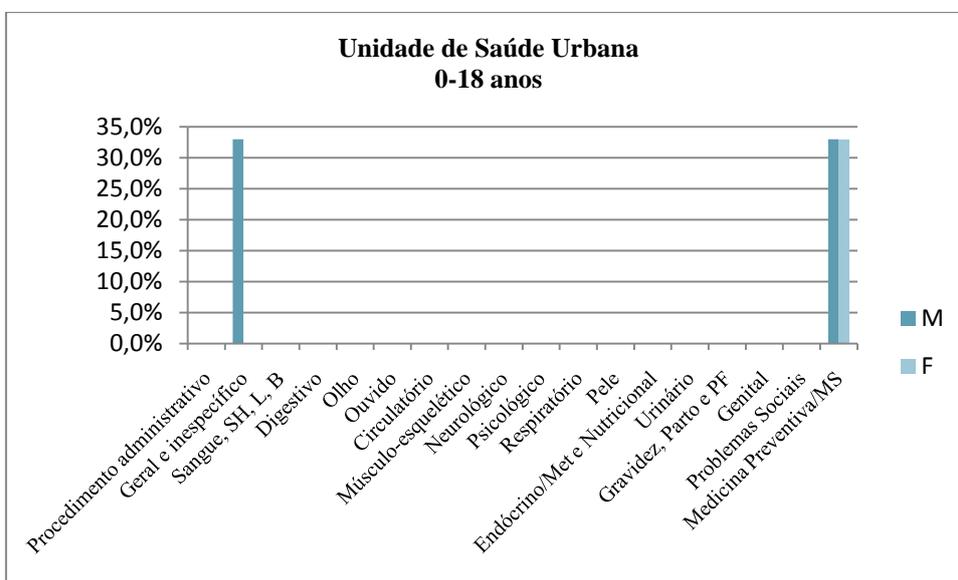


Figura 1 – Distribuição dos motivos de consulta programada na faixa etária entre os 0-18 anos na Unidade de Saúde urbana. M, masculino; F, feminino; SH, sistema hematopoiético; L, linfático; B, baço; Met, metabólico; PF, planeamento familiar; MS, manutenção de saúde.

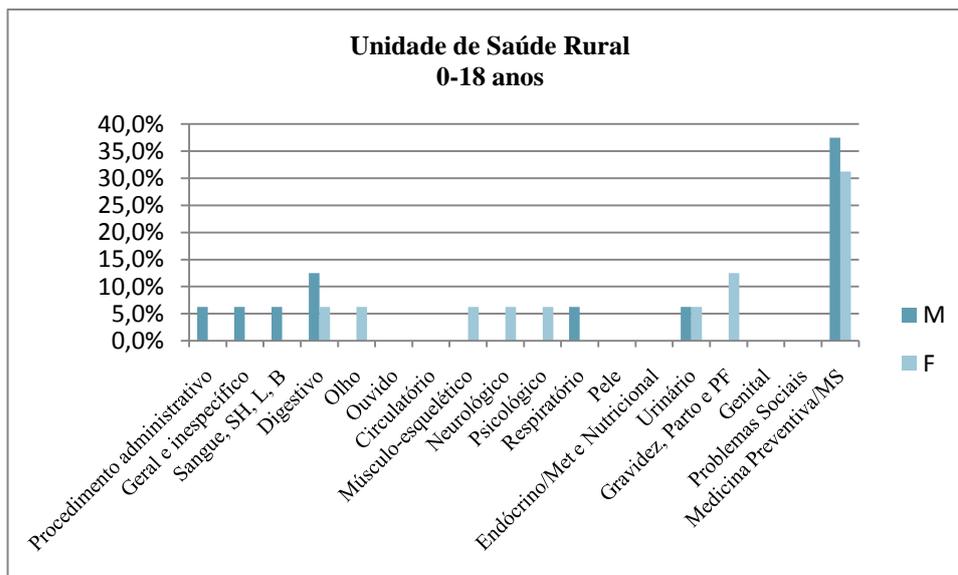


Figura 2 - Distribuição dos motivos de consulta programada na faixa etária entre os 0-18 anos na Unidade de Saúde rural. M, masculino; F, feminino; SH, sistema hematopoiético; L, linfático; B, baço; Met, metabólico; PF, planejamento familiar; MS, manutenção de saúde.

Na faixa etária dos 19-64 anos, os motivos de consulta mais frequentes na Unidade de Saúde urbana foram queixas relacionadas com os aparelhos endócrino/metabólico e nutricional, músculo-esquelético, genital e procedimentos administrativos: no sexo masculino foram queixas relacionadas com os aparelhos endócrino/metabólico e nutricional (18,0%), genital (18,0%) e músculo-esquelético (12,0%); no sexo feminino foram queixas endócrinas/metabólicas e nutricionais (29,0%), seguidas por problemas psicológicos (18,0%), do aparelho músculo-esquelético (18,0%) e por necessidade de procedimentos administrativos (18,0%). Nesta faixa etária, na Unidade de Saúde rural, os principais motivos de consulta foram queixas relacionadas com os aparelhos endócrino/metabólico e nutricional, circulatório e músculo-esquelético. As queixas relacionadas com os aparelhos endócrino/metabólico e nutricional (26,8%), circulatório (14,3%) e digestivo (12,5%) foram as mais prevalentes no sexo masculino; e dos sistemas circulatório (32,1%), endócrino/metabólico e nutricional (28,6%) e músculo-esquelético (21,4%) no sexo feminino. A distribuição dos motivos de consulta programada na faixa etária dos 19-64 anos é apresentada nas figuras 3 e 4.

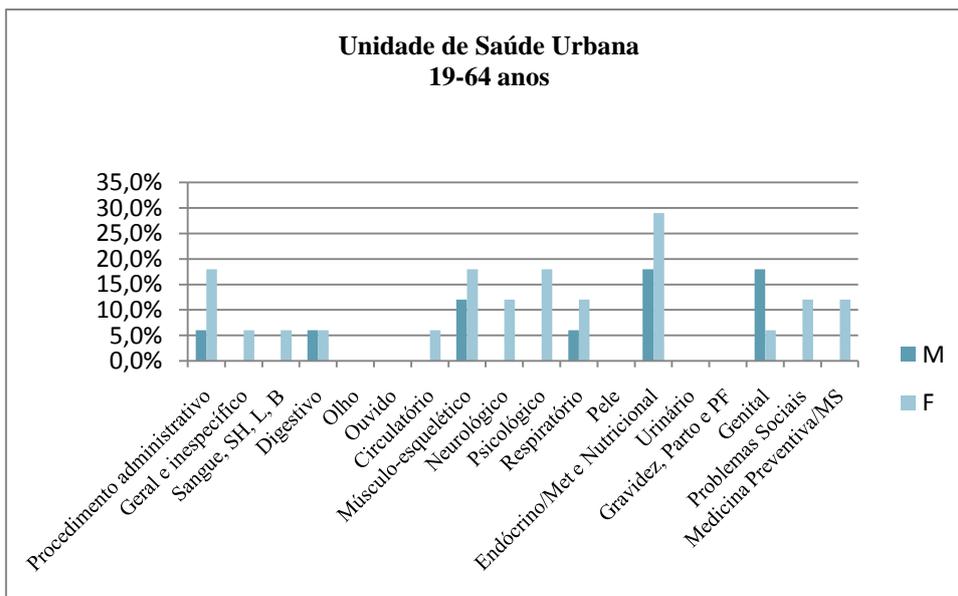


Figura 3 – Distribuição dos motivos de consulta programada na faixa etária entre os 19-64 anos na Unidade de Saúde urbana. M, masculino; F, feminino; SH, sistema hematopoiético; L, linfático; B, baço; Met, metabólico; PF, planejamento familiar; MS, manutenção de saúde.

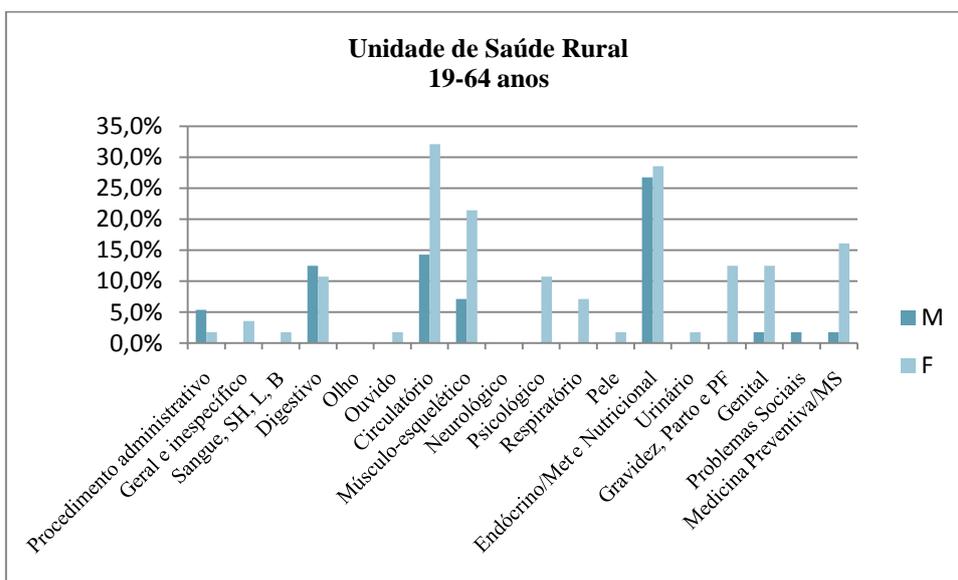


Figura 4 - Distribuição dos motivos de consulta programada na faixa etária entre os 19-64 anos na Unidade de Saúde rural. M, masculino; F, feminino; SH, sistema hematopoiético; L, linfático; B, baço; Met, metabólico; PF, planejamento familiar; MS, manutenção de saúde.

Na faixa etária dos maiores de 64 anos, os motivos de consulta mais frequentes na Unidade de Saúde urbana foram queixas relacionadas com os aparelhos circulatório, endócrino/metabólico e nutricional e genital: no sexo masculino foram queixas

relacionadas com os aparelhos circulatório (70,0%), endócrino/metabólico e nutricional (60,0%) e genital (50,0%); no sexo feminino foram queixas relacionadas com os aparelhos circulatório (50,0%), endócrino/metabólico e nutricional (20,0%) e músculo-esquelético (20,0%). Na Unidade de Saúde rural foram mais frequentes as queixas relacionadas com os aparelhos endócrino/metabólico e nutricional, circulatório e digestivo: as queixas relacionadas com os aparelhos endócrino/metabólico e nutricional (53,6%), circulatório (28,6%) e digestivo (7,1%) foram as mais prevalentes no sexo masculino; e dos sistemas circulatório (50,0%), endócrino/metabólico e nutricional (50,0%), músculo-esquelético (10,7%) e digestivo (10,7%) no sexo feminino. A distribuição dos motivos de consulta programada na faixa etária dos maiores de 64 anos é apresentada nas figuras 5 e 6.

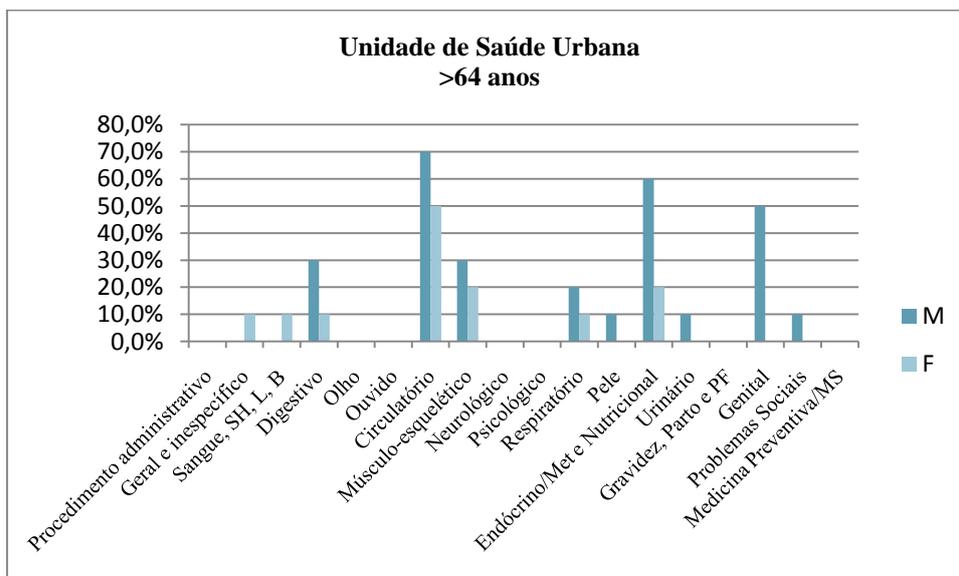


Figura 5 - Distribuição dos motivos de consulta programada na faixa etária dos maiores de 64 anos na Unidade de Saúde urbana. M, masculino; F, feminino; SH, sistema hematopoiético; L, linfático; B, baço; Met, metabólico; PF, planejamento familiar; MS, manutenção de saúde.

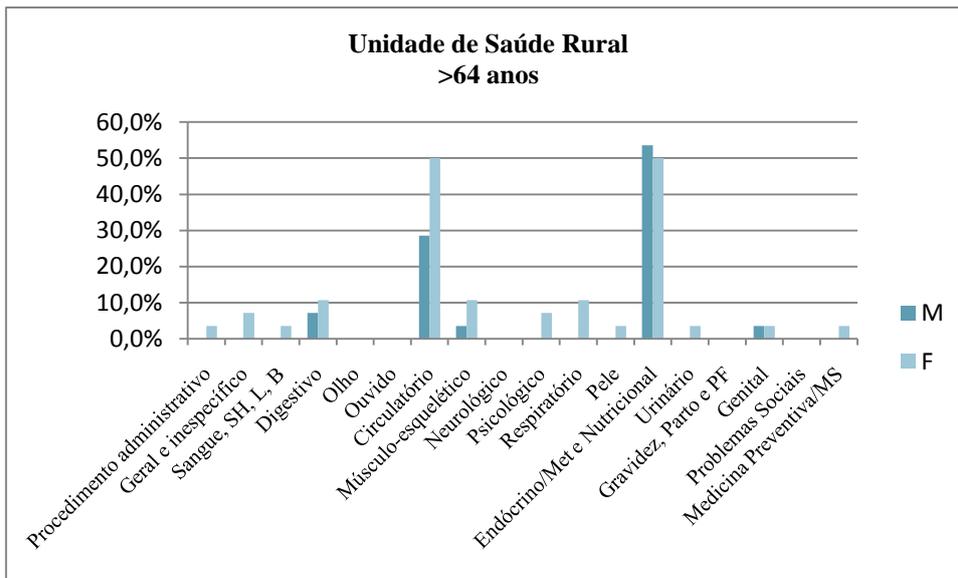


Figura 6 - Distribuição dos motivos de consulta programada na faixa etária dos maiores de 64 anos na Unidade de Saúde rural. M, masculino; F, feminino; SH, sistema hematopoiético; L, linfático; B, baço; Met, metabólico; PF, planejamento familiar; MS, manutenção de saúde.

Verificou-se que na Unidade de Saúde urbana 43,33% dos participantes apresentaram apenas um motivo de consulta, tendo 56,77% apresentado 2 ou mais motivos. Na Unidade de Saúde Rural, 29,00% dos participantes apresentaram apenas um motivo de consulta, tendo a maior parte, 71,00%, apresentado mais que um motivo de consulta.

Consulta aberta

As prevalências dos motivos de consulta distribuídos pelos capítulos da ICPC-2 das Unidades de Saúde urbana e rural são apresentadas na tabela 7.

Tabela 7 - Prevalência dos motivos de consulta aberta nas duas Unidades de Saúde. M, masculino; F, feminino.

	Unidade de Saúde Urbana Prevalência			Unidade de Saúde Rural Prevalência		
	M	F	Total	M	F	Total
Procedimento administrativo	4,4%	13,3%	17,8%	15,8%	5,3%	21,1%
Renovação de Prescrição	0,0%	2,2%	2,2%	0,0%	5,3%	5,3%
Geral e inespecífico	2,2%	0,0%	2,2%	0,0%	0,0%	0,0%
Sangue, Sistema hematopoiético, linfático, baço	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Digestivo	8,9%	4,4%	13,3%	5,3%	5,3%	10,5%
Olho	2,2%	2,2%	4,4%	0,0%	0,0%	0,0%
Ouvido	0,0%	2,2%	2,2%	0,0%	0,0%	0,0%
Circulatório	0,0%	0,0%	0,0%	5,3%	0,0%	5,3%
Músculo-esquelético	4,4%	11,1%	15,6%	10,5%	5,3%	15,8%
Neurológico	0,0%	2,2%	2,2%	0,0%	0,0%	0,0%
Psicológico	0,0%	4,4%	4,4%	10,5%	5,3%	15,8%
Respiratório	11,1%	15,6%	26,7%	0,0%	5,3%	5,3%
Pele	2,2%	0,0%	2,2%	5,3%	5,3%	10,5%
Endócrino/Metabólico e Nutricional	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	5,3%	5,3%
Urinário	0,0%	2,2%	2,2%	0,0%	0,0%	0,0%
Gravidez, Parto e Planeamento Familiar	0,0%	2,2%	2,2%	0,0%	0,0%	0,0%
Genital	2,2%	4,4%	6,7%	0,0%	5,3%	5,3%
Problemas Sociais	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

Verificou-se que 26,7% dos utentes da Unidade de Saúde urbana apresentaram como motivo de consulta queixas respiratórias, 17,8% necessidade de realizar um procedimento administrativo e 15,6% problemas do aparelho músculo-esquelético. No sexo feminino os motivos de consulta mais prevalentes foram sobreponíveis aos mencionados anteriormente, sendo as prevalências 15,6%, 13,3% e 11,1% respectivamente; no sexo masculino, as queixas respiratórias foram também as mais prevalentes (11,1%), seguidas de queixas digestivas (8,9%), do aparelho músculo-esquelético (4,4%) e necessidade de um procedimento administrativo (4,4%).

Na Unidade de Saúde Rural, os motivos mais frequentes de consulta foram necessidade de um procedimento administrativo (21,1%), queixas relacionadas com o

aparelho músculo-esquelético (15,8%) e psicológicas (15,8%). No sexo masculino os principais motivos de consulta foram sobreponíveis, apresentando as prevalências de 15,8%, 10,5% e 10,5% respectivamente; no sexo feminino os motivos distribuíram-se por vários aparelhos como se pode verificar na tabela 7.

Na faixa etária dos 0-18 anos, o motivo de consulta mais frequente na Unidade de Saúde urbana foram queixas respiratórias. Na Unidade de Saúde rural foram os problemas respiratórios e cutâneos. A distribuição dos motivos de consulta aberta na faixa etária dos 0-18 anos é apresentada nas figuras 7 e 8.

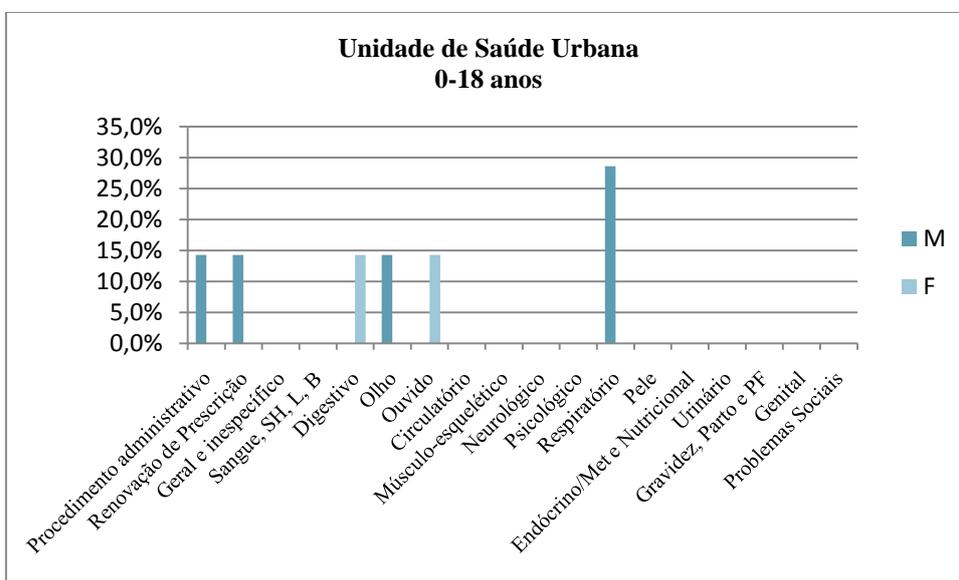


Figura 7 - Distribuição dos motivos de consulta aberta na faixa etária entre os 0-18 anos na Unidade de Saúde urbana. M, masculino; F, feminino; SH, sistema hematopoiético; L, linfático; B, baço; Met, metabólico; PF, planeamento familiar.

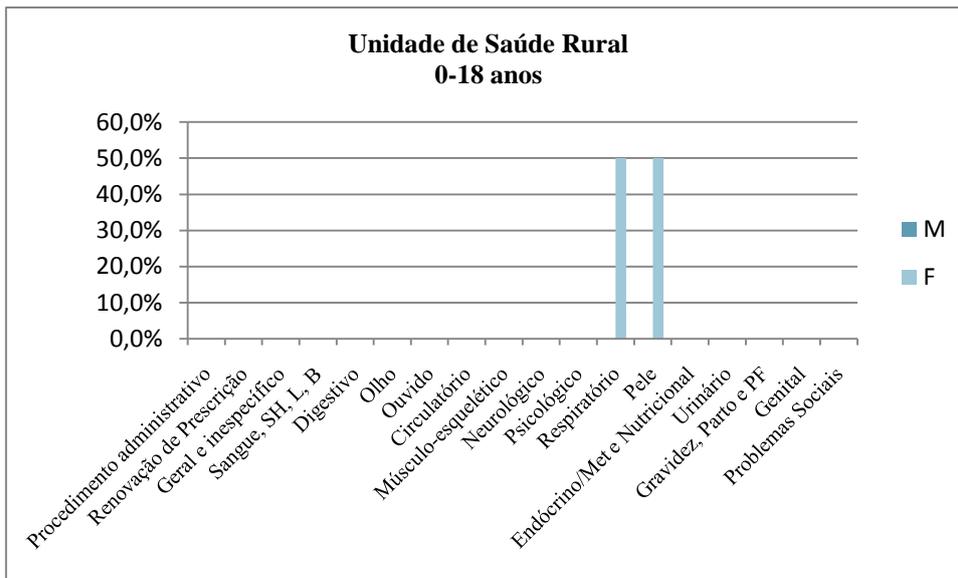


Figura 8 - Distribuição dos motivos de consulta aberta na faixa etária entre os 0-18 anos na Unidade de Saúde rural. M, masculino; F, feminino; SH, sistema hematopoiético; L, linfático; B, baço; Met, metabólico; PF, planeamento familiar.

Na faixa etária dos 19-64 anos, os motivos de consulta mais frequentes na Unidade de Saúde urbana foram queixas digestivas, respiratórias e músculo-esqueléticas: no sexo masculino registaram-se mais queixas digestivas (16,0%), respiratórias (12,0%) e músculo-esqueléticas (8,0%); e necessidade de um procedimento administrativo (12,0%) no sexo feminino, entre outros. Na Unidade de Saúde rural, foram mais prevalentes as queixas músculo-esqueléticas, psicológicas e necessidade de um procedimento administrativo: registaram-se mais frequentemente queixas psicológicas (13,0%), do aparelho músculo-esquelético (13,0%) e necessidade de procedimentos administrativos (13,0%) no sexo masculino; e diversos motivos no sexo feminino, como se pode verificar na figura 10. A distribuição dos motivos de consulta aberta na faixa etária dos 19-64 anos é apresentada nas figuras 9 e 10.

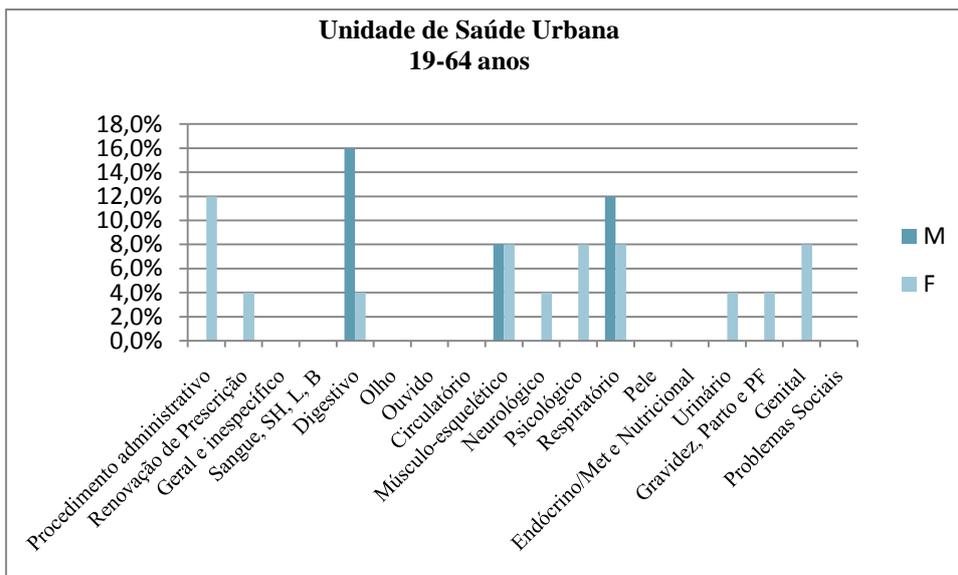


Figura 9 - Distribuição dos motivos de consulta aberta na faixa etária entre os 19-64 anos na Unidade de Saúde urbana. M, masculino; F, feminino; SH, sistema hematopoiético; L, linfático; B, baço; Met, metabólico; PF, planeamento familiar.

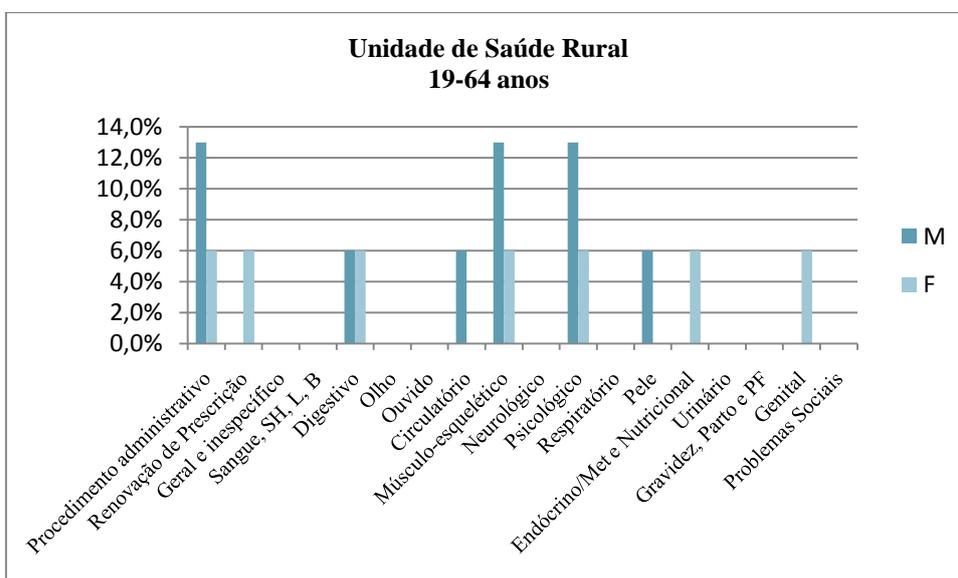


Figura 10 - Distribuição dos motivos de consulta aberta na faixa etária entre os 19-64 anos na Unidade de Saúde rural. M, masculino; F, feminino; SH, sistema hematopoiético; L, linfático; B, baço; Met, metabólico; PF, planeamento familiar.

A distribuição dos motivos de consulta aberta na faixa etária dos maiores de 64 anos é apresentada nas figuras 11 e 12.

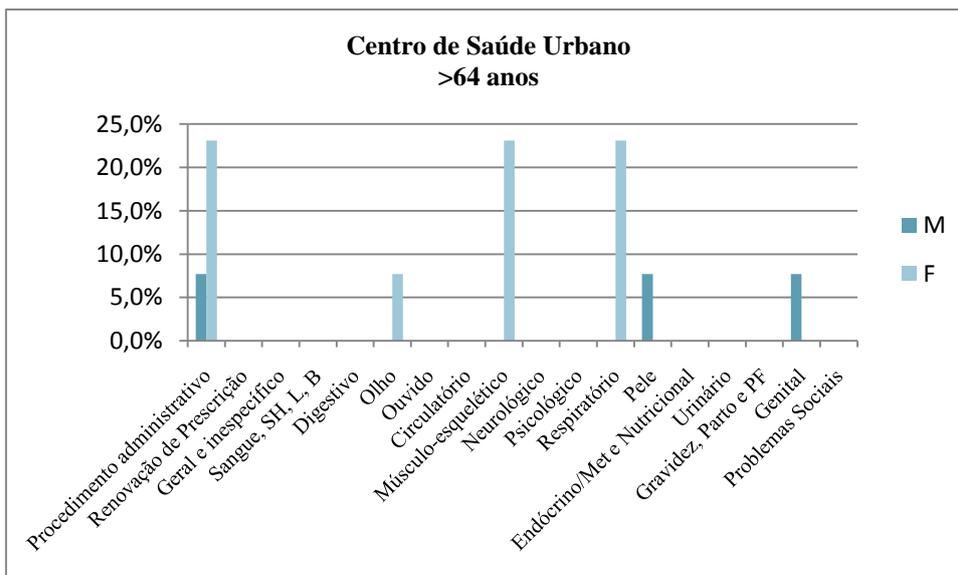


Figura 11 - Distribuição dos motivos de consulta aberta na faixa etária dos maiores de 64 anos na Unidade de Saúde urbana. M, masculino; F, feminino; SH, sistema hematopoiético; L, linfático; B, baço; Met, metabólico; PF, planeamento familiar.

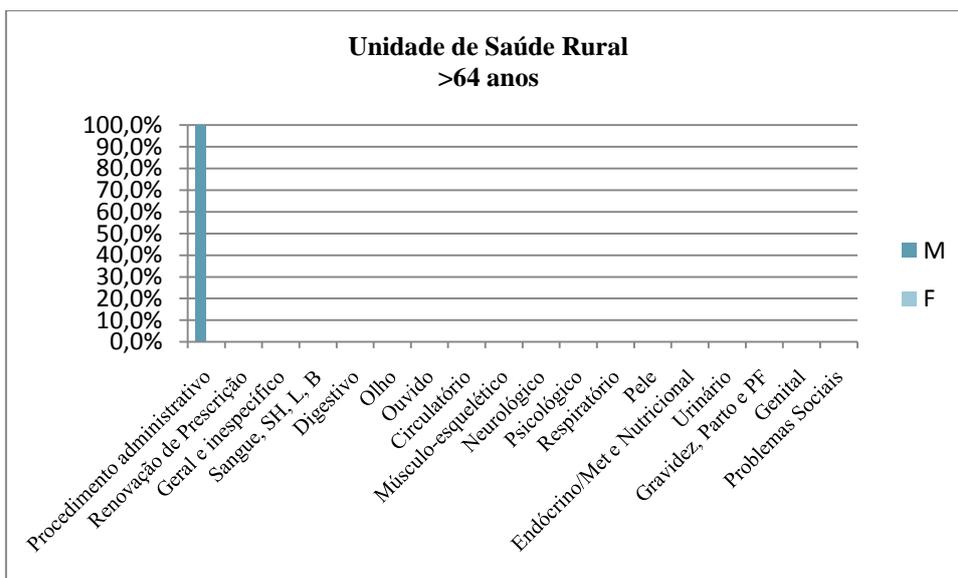


Figura 12 - Distribuição dos motivos de consulta aberta na faixa etária dos maiores de 64 anos na Unidade de Saúde rural. M, masculino; F, feminino; SH, sistema hematopoiético; L, linfático; B, baço; Met, metabólico; PF, planeamento familiar.

Na faixa etária dos maiores de 64 anos, na Unidade de Saúde urbana, os motivos mais frequentes foram procedimentos administrativos, queixas respiratórias e músculo-esqueléticas: no sexo masculino foram problemas genitais (7,7%), cutâneos (7,7%) e

necessidade de um procedimento administrativo (7,7%); e queixas respiratórias (23,1%), músculo-esqueléticas (23,1%) e necessidade de um procedimento administrativo (23,1%) no sexo feminino. Na Unidade de Saúde rural, o único motivo de consulta foi a necessidade de um procedimento administrativo.

DISCUSSÃO

Consulta programada

Os utentes da consulta programada foram predominantemente do sexo feminino, da faixa etária entre os 19-64 anos, facto que se verificou na US urbana e na rural, o que pode ser explicado pela abundante procura de serviços relacionados com planeamento familiar, vigilância da gravidez e rastreio do carcinoma do colo do útero, que decorrem na idade fértil da mulher, como foi descrito em alguns estudos^{2,4}, ou pela maior esperança média de vida das mulheres. Foi mais frequente a existência de mais de um motivo de consulta, o que contraria um estudo de 1995⁴, mas é corroborado por um estudo de 2000², o que pode reflectir um padrão de procura de cuidados de saúde diferente desde então.

A duração média da consulta foi diferente na US urbana e na rural, mas essa diferença parece ser justificada pelo operador, uma vez que a duração foi consistentemente maior na urbana que na rural. Na US urbana verificou-se um aumento da duração da consulta com o aumento da idade dos pacientes, o que se pode justificar pelo maior número de patologias que com o aumento da idade os utentes apresentam⁵ e que motivam as suas consultas. Na rural os tempos variaram de acordo com a faixa etária, mas não se encontrou a mesma relação.

Em ambas as US, os motivos de consulta distribuíram-se pelos vários capítulos da IPCP-2, o que revela a diversidade de patologias e queixas abordadas na Medicina Geral e Familiar, facto que já se tinha registado noutros estudos.^{2,4}

Na distribuição dos motivos pelos capítulos, verifica-se que tanto no urbano como no rural e tanto no sexo masculino como no feminino são contemplados os capítulos dos sistemas endócrino/metabólico e nutricional, circulatório, músculo-esquelético e digestivo nos primeiros 5 motivos de consulta. Verificou-se a elevada prevalência de queixas relacionadas com o aparelho genital masculino e respiratório na US urbana, ao contrário da rural, a última possivelmente devido a factores ambientais como a poluição^{6,7}; e procura de cuidados de manutenção de saúde/prevenção na US rural em ambos os géneros, podendo este último motivo ser explicado pela menor procura de serviços privados especializados para o acompanhamento da gravidez e da

criança no ambiente rural ou por uma maior taxa de natalidade nesse meio. Estes dados mostram um padrão de procura de cuidados de saúde diferente de outros estudos.^{2,4}

Na análise dos motivos de consulta por faixa etária verificou-se que dos 0-18 anos o motivo principal de consulta foi a procura de cuidados de manutenção de saúde/Medicina Preventiva nas duas unidades de saúde, o que reflecte a preocupação com o acompanhamento e a prevenção de doença da população infantil. A dimensão reduzida da amostra na US urbana não permitiu comparar os resultados, e pode ser explicada pelo frequente acompanhamento das crianças em médicos especialistas privados neste ambiente.

Na faixa etária dos 19-64 anos, as queixas relacionadas com os aparelhos endócrino/metabólico e nutricional e músculo-esquelético foram muito frequentes nas duas unidades de saúde; na urbana verificou-se que em ambos os géneros as queixas relacionadas com esses aparelhos foram muito prevalentes. Nos homens, as queixas relacionadas com o aparelho genital foram também um motivo de consulta frequente, o que reflecte a elevada prevalência de hiperplasia benigna da próstata⁸; e nas mulheres, foram frequentes as queixas psicológicas. No rural, em ambos os géneros registou-se a elevada prevalência de queixas relacionadas com os sistemas endócrino/metabólico e nutricional e circulatório, o que pode indicar um início mais precoce da doença cardiovascular no ambiente rural, possivelmente devido a hábitos alimentares diferentes ou a uma alteração dos hábitos laborais no ambiente rural. Aqui verificou-se também uma elevada prevalência de queixas digestivas nos homens e músculo-esqueléticas nas mulheres.

Nos maiores de 64 anos, os motivos de consulta mais frequentes nas duas unidades de saúde e nos dois sexos foram queixas relacionadas com os aparelhos circulatório e endócrino/metabólico e nutricional. Nos homens, verificou-se na US urbana a abundância de queixas genitais, enquanto na rural foram frequentes as queixas digestivas. Observou-se que na US rural não se registaram com uma frequência semelhante queixas relacionadas com o aparelho genital masculino nesta ou noutra faixa etária, e dada a elevada prevalência de hiperplasia benigna da próstata nesta faixa etária⁸, pode-se induzir que existe ainda alguma inibição na abordagem deste assunto por parte dos pacientes no ambiente rural, podendo não se reflectir, por isso, a

prevalência real da patologia. As mulheres apresentaram ainda uma elevada prevalência de queixas músculo-esqueléticas nas duas US.

Consulta aberta

Na US urbana os utilizadores foram predominantemente do sexo feminino, ao contrário da rural, onde foram predominantemente do sexo masculino. Em ambas as US, a grande maioria dos utilizadores encontrou-se entre 19-64 anos e a duração da consulta não variou muito entre as duas, sendo semelhante em todas as faixas etárias na urbana, e maior nos extremos das idades na rural.

Também nesta tipologia de consulta os motivos se distribuíram por vários capítulos, reflectindo novamente a diversidade de queixas e patologias que levaram os utentes a recorrer às Unidades de Saúde.

Na distribuição dos motivos pelos capítulos, verificou-se nas US urbana e rural a elevada prevalência de queixas músculo-esqueléticas, digestivas e necessidade de procedimentos administrativos, esta última reflectindo a falta de sensibilização da população para a utilidade das consultas abertas. Na US urbana as queixas mais frequentes foram as respiratórias em ambos os géneros, o que se justifica pelas infecções respiratórias sazonais. Na rural, registaram-se ainda numerosas queixas psicológicas também em ambos os géneros.

Na análise dos motivos de consulta por faixa etária verificou-se que dos 0-18 anos o motivo principal de consulta relacionou-se com o aparelho respiratório, atribuível à sazonalidade. A dimensão reduzida da amostra, sobretudo no rural, não permitiu fazer comparações.

Na faixa etária dos 19-64 anos foram frequentes as queixas músculo-esqueléticas nas duas US. Na US urbana foram ainda frequentes as queixas relacionadas com o aparelho respiratório em ambos os géneros; nos homens, as mais frequentes foram as queixas digestivas e, nas mulheres, foi a necessidade de um procedimento administrativo. Na US rural não se encontraram semelhanças nos motivos de consulta dos homens e mulheres, tendo estes motivos em comum com o urbano a elevada

prevalência de pedidos de procedimentos administrativos e de queixas músculo-esqueléticas.

Nos maiores de 64 anos, o único motivo em comum nas duas US foram os procedimentos administrativos, não sendo possível comparar as queixas dado o reduzido tamanho da amostra da US rural. Na US urbana, os homens apresentaram ainda queixas cutâneas e genitais, e nas mulheres registaram-se queixas respiratórias e músculo-esqueléticas.

CONCLUSÃO

Concluiu-se que os utentes da consulta programada urbana e rural são semelhantes no que diz respeito ao género e faixa etária.

Concluiu-se também que os padrões de procura de cuidados de saúde dos utentes da consulta programada tanto na unidade de saúde urbana como na rural foram semelhantes, uma vez que muitos dos motivos de consulta mais frequentemente apresentados foram sobreponíveis, tendo-se registado em ambas como motivos de consulta mais prevalentes as queixas relacionadas com os aparelhos endócrino/metabólico e nutricional e circulatório.

Verificou-se um elevado número de consultas de Medicina Preventiva/Manutenção de Saúde, o que reflecte uma preocupação e uma sensibilização crescente para a importância da prevenção.

Verificou-se também que os motivos de consulta variaram de acordo com a faixa etária e que, na consulta programada, os motivos de consulta foram sobreponíveis em ambas as unidades de saúde nos extremos das idades, tendo-se encontrado mais variações nas idades entre os 19 e 64 anos. Registaram-se fundamentalmente consultas de manutenção de saúde/prevenção na faixa etária dos 0-18 anos, que está de acordo com outro estudo². Apesar da maior variação de motivos de consulta entre os 19 e os 64 anos, registaram-se nesta faixa etária elevadas prevalências de queixas relacionadas com os aparelhos endócrino-metabólico e nutricional e músculo-esquelético nas duas unidades de saúde. Nas idades superiores a 64 anos, foram mais numerosas as queixas relacionadas com os aparelhos endócrino/metabólico e nutricional e circulatório.

Assim, concluiu-se que, no geral, as razões que levam utentes com as mesmas características demográficas (independentemente de o fazerem num ambiente urbano ou rural) a procurar o seu médico de família na consulta programada são semelhantes, e foram, neste trabalho, diferentes dos padrões verificados nos resultados de outros estudos^{2,4}.

Verificou-se que os motivos de consulta aberta foram muito variáveis, tendo sido difícil comparar a US urbana com a rural devido ao reduzido tamanho da amostra,

o que permitiu apenas identificar motivos muito dispersos. Verificou-se ainda que os utentes não parecem estar sensibilizados para o objectivo das consultas abertas uma vez que recorrem às mesmas com o propósito de requerer um procedimento administrativo frequentemente.

Concluiu-se ainda que tanto na consulta programada como na consulta aberta, o espectro de patologias e queixas é muito amplo, o que obriga o clínico geral a dominar várias áreas médicas.

As limitações deste trabalho prenderam-se com o reduzido tamanho da amostra que consistiu apenas nos utentes de dois médicos cujas consultas foram presenciadas, com o curto período de tempo em que o estudo decorreu, com a inexperiência do codificador, com a variabilidade de codificação entre observadores, com a sazonalidade e com a diferente organização de consultas das duas unidades de saúde. Assim, o objectivo do estudo não foi inteiramente atingido, mas permitiu, apesar das suas limitações, identificar as maiores preocupações dos utentes das unidades de saúde urbana e rural durante o período de tempo estudado.

BIBLIOGRAFIA

1. Comissão Internacional de Classificações da WONCA. Classificação Internacional de Cuidados Primários ICPC-2. 2ª edição. Lisboa: APMCG; 1999.
2. Rodrigues JG. Porque consultam os utentes o seu médico de família? *Rev Port Clin Geral* 2000; 16: 442-52.
3. Tavares MG. Caracterização dos Motivos de Consulta em Clínica Geral/Medicina Familiar. *Rev Port Clin Geral* 1997; 14: 198-206.
4. Jordão JG. A Medicina Geral e Familiar: Caracterização da Prática e sua Influência no Ensino Pré-Graduado [dissertação]. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa; 1995.
5. Broeiro P. Multipatologia – O Raciocínio Clínico e a Tomada de Decisão: aquisição da competência. *Rev Port Clin Geral* 2001; 17: 307-26.
6. Halbert RJ, Natoli JL, Gano A, Badamgarav E, Buist AS, Maninno DM. Global burden of COPD: systematic review and meta-analysis. *Eur Respir J* 2006; 28: 523-32.
7. Salam MT, Islam T, Gilliland FD. Recent evidence for adverse effects of residential proximity to traffic sources on asthma. *Curr Opin Pulm Med* 2008; 14: 3-8.
8. Verhamme KM, Dieleman JP, Bleumink GS, van der Lei J, Sturkenboom MC, Artibani W, *et al.* Incidence and Prevalence of Lower Urinary Tract Symptoms Suggestive of Benign Prostatic Hyperplasia in Primary Care – The Triumph Project. *Eur Urol* 2002; 42(4): 323-8.
9. ICPC-2 International Classification of Primary care, second edition. Prepared by the International Classification Committee of WONCA. Oxford: Oxford University Press, 1998.
10. Okkes IM, Jamouille M, Lamberts H, Bentzen N. ICPC-2-E. The electronic version of ICPC-2. Differences with the printed version and the consequences. *Fam Pract* 2000; 17: 101-6.

