



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2010/2011

Tânia Paula Furtado Rodrigues Mota

Relatório de Estágio Profissionalizante em Medicina Comunitária

Abril, 2011

FMUP



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Tânia Paula Furtado Rodrigues Mota

Relatório de Estágio Profissionalizante em Medicina Comunitária

Área: Medicina Comunitária

**Trabalho efectuado sob a Orientação de:
Professor Doutor José Alberto Frey Ramos**

Abril, 2011

FMUP

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

Eu, Tânia Paula Furtado Rodrigues Mota, abaixo assinado, nº mecanográfico 950801105, 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, 11/04/2011

Assinatura: Tânia Paula Furtado Rodrigues Mota

**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: Tânia Paula Furtado Rodrigues Mota

Endereço electrónico: tmota@med.up.pt **Telefone ou Telemóvel:** 913705005

Número do Bilhete de Identidade: 11017218

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

Relatório de Estágio Profissionalizante

Orientador:

Professor Doutor José Frey Ramos

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, 11/04/2011

Assinatura: Tânia Paula Furtado Rodrigues Mota

Agradecimentos

Agradeço a:

- Professor Doutor Frey Ramos pela atitude formativa e extremo empenhamento demonstrados assim como pela orientação do presente Relatório de Estágio.
- Dra. Carla Correlo pelo excelente acolhimento, disponibilidade e oportunidades de aprendizagem proporcionadas.
- Equipas de enfermagem e restantes profissionais de ambos os Centros de Saúde com os quais tive a oportunidade de aprender e integrar as equipas de cada Centro de Saúde.

Resumo

Este Relatório consiste numa breve descrição e análise das experiências proporcionadas pela residência de Medicina Comunitária no Centro de Saúde S. João e no Centro de Saúde de Amares.

Este trabalho visa caracterizar os dois Centros de Saúde, fazer um estudo demográfico de cada um deles onde decorreram as valências e compará-los a nível taxas de cobertura das diversas consultas.

Além disso, são apresentadas as actividades realizadas e os trabalhos redigidos (reflexão sobre o Médico Geral e Familiar actual, diários de consulta, desdobrável de educação para a saúde sobre a osteoporose, e algoritmo sobre a abordagem do sintoma “Tosse”).

Posteriormente é apresentado um estudo comparativo sobre cuidados prestados a idosos familiares dos utentes do Centro de Saúde S. João e Centro de Saúde de Amares.

Abstract

This report is a brief description and analysis of the experiences provided during the Community Medicine residency at S. João Health Centre and the Health Centre at Amares, Braga.

This essay aims to characterize the two Health Centres, by carrying out a demographic study of each one of them and compare them considering the rate of coverage of the various appointments.

Furthermore, we present the undertaken activities and the written reports (study of the current Family and General Physician, appointment loggings, leaflet on health education about osteoporosis and the algorithm on the “Cough” syndrome approach).

Further on we present a comparative study on elderly care assistance given by relatives belonging to the S. João Health Centre and the Health Centre at Amares, Braga.

ÍNDICE

Lista de Siglas

Lista de Gráficos e Tabelas 2

Introdução 3

Motivação 6

Objectivos 4

Caracterização dos Centros de Saúde 5

Estudo demográfico 6

Taxa de Cobertura das Consultas 9

Descrição de actividades 11

Estudo comparativo sobre cuidados prestados a idosos familiares dos utentes do CSSJ e CSA 13

Introdução 13

Objectivos 13

Métodos 13

Caraterização da amostra 13

Resultados 15

Conclusão 26

Bibliografia 27

Anexo I - Plano de Acção ACES

Anexo II - Programa do 2º dia das XXII Jornadas de Actualização Cardiológica do Norte para MGF

Apêndice I - Inquérito

Apêndice II - Distribuição etária por género dos utentes dos Centros de Saúde

Apêndice III - Taxa de cobertura

Apêndice IV - Cronograma de estágio

Apêndice V - Reflexão

Apêndice VI - Desdobrável de educação para a saúde

Apêndice VII - Diário Valência Urbana

Apêndice VIII - Fluxograma

Apêndice IX - História Clínica

Apêndice X - Diário Valência Rural

LISTA DE SIGLAS

CSSJ - Centro de Saúde S. João
CSA - Centro de Saúde de Amares
FMUP - Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
MC - Medicina Comunitária
MGF - Medicina Geral e Familiar
CSP - Cuidados de Saúde Primários
ARSN - Administração Regional de Saúde do Norte
ACES - Agrupamento de Centros de Saúde
ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados
CS - Centro de Saúde
IE - Índice de Envelhecimento
CSP - Cuidados de Saúde Primários
CIAD - Centro Integrado de Apoio à Deficiência
CAO - Centro de Actividades Ocupacionais

LISTA DE GRÁFICOS E TABELAS

- Gráfico 1: Diferença entre total de utentes inscritos e activos.
Gráfico 2: Número de utentes activos em cada um dos centros de saúde
Gráfico 3: Pirâmide etária do CSSJ
Gráfico 4: Pirâmide etária do CSA
Gráfico 5 e 6: Percentagem dos géneros em cada CS
Gráfico 7: Taxa de Cobertura
Gráfico 8: Taxa de Cobertura da consulta de Planeamento Familiar
Gráfico 9: Taxa de Cobertura consulta no Domicílio
Gráfico 10: Número médio de consultas por utente
Gráfico 11 e 12: Frequência dos géneros nas consultas assistidas
Gráfico 13: Idade média dos utentes
Gráfico 14: Percentagem de idosos por CS
Gráfico 15: Percentagem de idosos por grau de parentesco ao inquirido
Gráfico 16: Grau de parentesco por CS
Gráfico 17: Tempo de prestação de cuidados aos idosos
Gráfico 18: Tempo de prestação de cuidados por CS
Gráfico 19: Grau de dependência do idoso
Gráfico 20: Tipo de dependência por CS
Gráfico 21: Grau de dependência do idoso
Gráfico 22: Grau de dependência por CS
Gráfico 23: Local de prestação de cuidados ao idoso
Gráfico 24: Local de prestação de cuidados por CS
Gráfico 25: Entidade de prestação de cuidados
Gráfico 26: Entidade de prestação de cuidados por CS
Gráfico 27: Duração e local de prestação de cuidados por CS
Gráfico 28: Tempo de cuidados por local de prestação por CS
Gráfico 29: Tempo de cuidados por entidade responsável
Gráfico 30: Duração e entidade de prestação de cuidados por CS
Gráfico 31: Grau de dependência e local de prestação de cuidados
Gráfico 32: Grau de dependência e local de prestação de cuidados por CS
Gráfico 33: Grau de dependência por entidade de prestação de cuidados
Gráfico 34: Grau de dependência e entidade de prestação de cuidados por CS

Tabela 1: Consultas e Serviços

Tabela 2: Recursos humanos e Informáticos dos Centros de Saúde

Tabela 3: Ratio médico/utente

Tabela 4: Número de inquiridos por CS

Tabela 5: Número de idosos por CS

Tabela 6: Grau de dependência dos idosos

Tabela 7: Local de prestação de cuidados ao idoso

Tabela 8: Entidade de Prestação de Cuidados

INTRODUÇÃO

Este relatório foi elaborado no âmbito do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina do Porto (FMUP), no ano lectivo 2010/2011.

Consiste na descrição e reflexão crítica das actividades realizadas e dos conhecimentos adquiridos na disciplina de Medicina Comunitária (MC), durante um período de quatro semanas (17 de Janeiro a 11 de Fevereiro) repartido em duas semanas para cada uma das suas duas valências, urbana e rural.

Iniciei o estágio na valência urbana no Centro de Saúde S. João (CSSJ) à qual seguiu-se a rural no Centro de Saúde de Amares (CSA).

Motivação

Para a realização deste trabalho escolhi a disciplina de MC por ser uma área que me interessa particularmente. Sempre me interessei mais pelas Especialidades Médicas e sendo esta a primeira linha de contacto do doente com os Cuidados de Saúde Primários (CSP) era inevitável o meu interesse em apresentar um trabalho nesta área. Especialidade que nos permite conhecer o doente em circunstâncias diferentes e avaliá-lo como um todo, inserido no seu meio familiar e social, e não só como um doente com determinada patologia.

Achei particularmente interessante a oportunidade de poder vivenciar e avaliar duas realidades distintas, a urbana e a rural.

Nesta disciplina é-nos dada a oportunidade de contactar com inúmeras patologias muito diversas e assim fomentar o desenvolvimento da nossa capacidade de diagnóstico e avaliação de um doente.

Já tendo alguma noção da exigência da sociedade em compreender o campo de acção da Medicina Geral e Familiar (MGF) no Sistema Nacional de Saúde foi muito interessante verificar quais os limites e campos de acção desta especialidade.¹

Para além disso, sempre me interessei pela população geriátrica e neste estágio teria a possibilidade de realizar um estudo comparativo sobre os cuidados a idosos prestados a familiares dos utentes de cada CS.

Objectivos

- Descrever o que me motivou a optar pelo Relatório de Estágio Profissionalizante no âmbito da Medicina Comunitária
- Caracterizar os CS onde decorreu o estágio, CSSJ e CSA
- Fazer um estudo demográfico comparativo entre os dois CS
- Realizar um estudo comparativo relativamente às Taxas de Cobertura de diversas consultas
- Descrever sumariamente as actividades desenvolvidas, salientando a sua importância na abordagem clínica
- Avaliar do ponto de vista pessoal e académico o papel da MC na formação médica pré-graduada
- Realizar um estudo comparativo entre os cuidados prestados a idosos familiares dos utentes dos dois CS

CARATERIZAÇÃO DOS CENTROS DE SAÚDE

Centro de Saúde S. João

O CSSJ foi criado através de um Protocolo de Acordo de Cooperação estabelecido entre a Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP) e a Administração Regional de Saúde do Norte (ARSN), em 1998, criando o denominado “Projecto Tubo de Ensaio”².

Foi inaugurado a Junho de 1999, em instalações cedidas pela ARSN, na freguesia de Cedofeita. Participa no ensino pré-graduado através do apoio às disciplinas de Medicina Preventiva (2º ano), Psicologia (3º ano) e MC (6º ano) da FMUP, tendo ainda a participação de alunos de Enfermagem e de pós-graduado pela formação de Internos de MGF e de Pediatria, assim como estágios de Psicologia.

Presta Cuidados de Saúde Primários (CSP) a cerca de 20 mil utentes.

Funciona das 08h às 20h, durante os dias úteis, e assegura vários serviços (Tabela 1), como consulta programada, consulta de vigilância a grupos de risco e consulta aberta, entre outros.

Centro de Saúde de Amares

O Centro de Saúde de Amares (CSA) pertence ao Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Cávado II Gerês – Cabreira, ao abrigo do Decreto-lei 28/2008, e fica localizado no Concelho de Amares, Distrito de Braga (Anexo I). Possui uma instalação central reabilitada, inaugurada em 2006, e duas Extensões de Saúde: Caldelas e Santa Marta de Bouro.

Participa no ensino pré-graduado através do apoio às disciplinas de MC (6º ano) da FMUP e alunos de Enfermagem e pós-graduado pela formação de Internos de MGF.

Presta CSP a cerca de 20 mil utentes.

Funciona das 08h às 20h, durante os dias úteis, e assegura vários serviços (Tabela 1) semelhantes aos do CSSJ, excepto consulta de podologia, e ainda possui Fisioterapia, consulta de Nutrição e uma Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)³. Esta equipa é multidisciplinar, incluindo vários profissionais: médico, enfermeiro, assistente social, especialista em enfermagem de reabilitação. Está em funcionamento desde Novembro de 2010 e pretende dar resposta em termos de cuidados domiciliários aos utentes e suas famílias que tenham necessidades de cuidados mais complexos no âmbito da saúde.

Tabela 1: Consultas e Serviços

Serviços de ambos os Centros de Saúde
Consulta programada de MGF
Consulta de vigilância a grupos de risco (hipertensos e diabéticos)
Consulta de Planeamento Familiar, Saúde Materna, Saúde Infantil e Juvenil e vigilância Oncológica
Consulta aberta
Domicílio médico ou de enfermagem
Procedimentos e ensino de enfermagem
Consulta de Psicologia
Serviços só no CSSJ
Consulta de Podologia
Serviços só no CSA
Consulta de Nutrição
Fisioterapia
Equipa de Cuidados Continuados

Embora ambos os Centros de Saúde (CS) tenham número equivalente de utentes (20 mil), no CSA há maior número de profissionais (Tabela 2). Havendo, por isso, um ratio médico/utente maior (Tabela 3).

Tabela 2: Recursos Humanos e Informáticos dos CS

	CSSJ	CSA
Recursos Humanos	9 Médicos especialistas em MGF 16 Enfermeiros 6 Assistentes Administrativos 2 Psicólogos 1 Podologista 2 Auxiliares de apoio e vigilância	12 Médicos especialistas em MGF 18 Enfermeiros 15 Assistentes Administrativos 1 Psicólogo 1 Fisioterapeuta 1 Nutricionista 1 Assistente Social 7 Operacionais
Recursos informáticos	SAM SINUS ALERT P1 Diabcare HIGIA	SAM SINUS ALERT P1 Diabcare

Tabela 3: Ratio médico/utente

	CSSJ	CSA
Número Utentes	20.002	19.587
Número profissionais em MGF	9	12
Ratio médico/utente	1/ 2222	1/ 1632

Estudo demográfico

Recorrendo ao Higia e ao SINUS, recolhi dados dos dois CS, relativamente ao ano de 2010, sobre a população inscrita, o número de utentes activos (Gráfico 1), a taxa de cobertura e o número médio de consultas por utente.

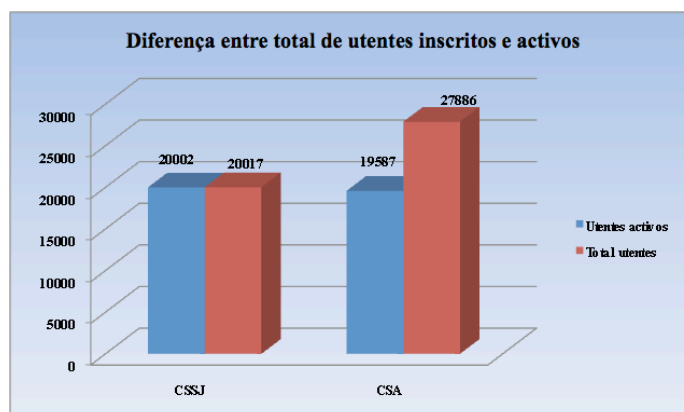


Gráfico 1: Diferença entre total de utentes inscritos e activos.

No CSA de Amares há um elevado número de inscritos que não são activos. A principal razão para este facto é a elevada taxa de emigração existente neste concelho.

É importante ainda esclarecer o número de utentes adultos (≥ 19 anos) e o número de infantis (≤ 18 anos) em cada um dos CS (Gráfico 2). Embora o número de infantis seja ligeiramente superior e o de adultos ligeiramente inferior, a diferença não é significativa, concluindo tratarem-se de duas amostras muito semelhantes quanto ao número de utentes infantis e adultos.

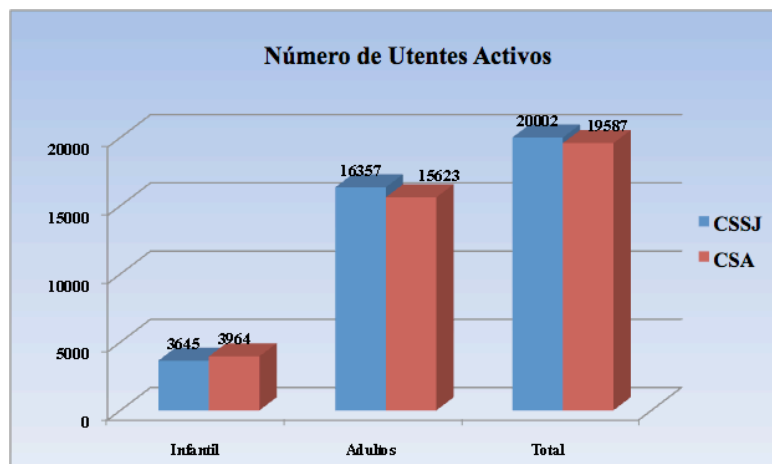


Gráfico 2: Número de utentes activos em cada um dos Centros de Saúde.

Através da análise comparativa das pirâmides etárias (Gráficos 3 e 4 e Apêndice II), verifica-se que a faixa etária predominante em ambos os CS, relativamente ao sexo feminino, é a dos ≥ 75 anos; no sexo masculino, a predominante no CSSJ é a dos 35-39 anos e, no CSA, a dos 30-34 anos.

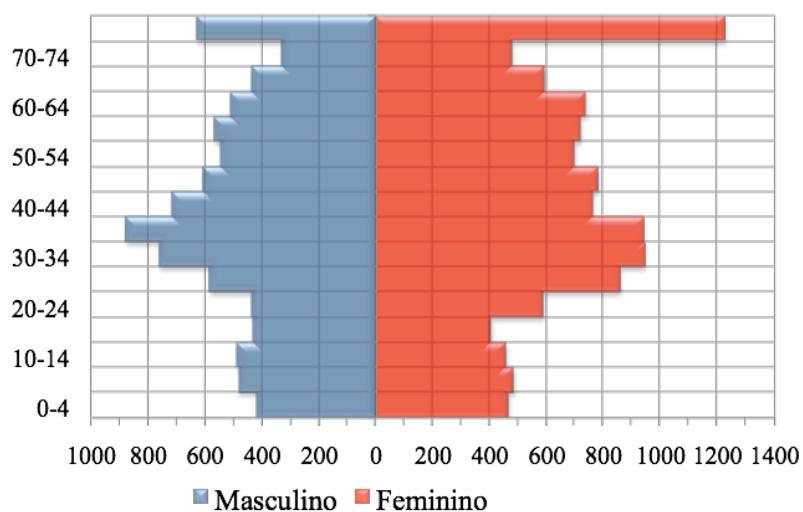


Gráfico 3: Pirâmide etária do CSSJ

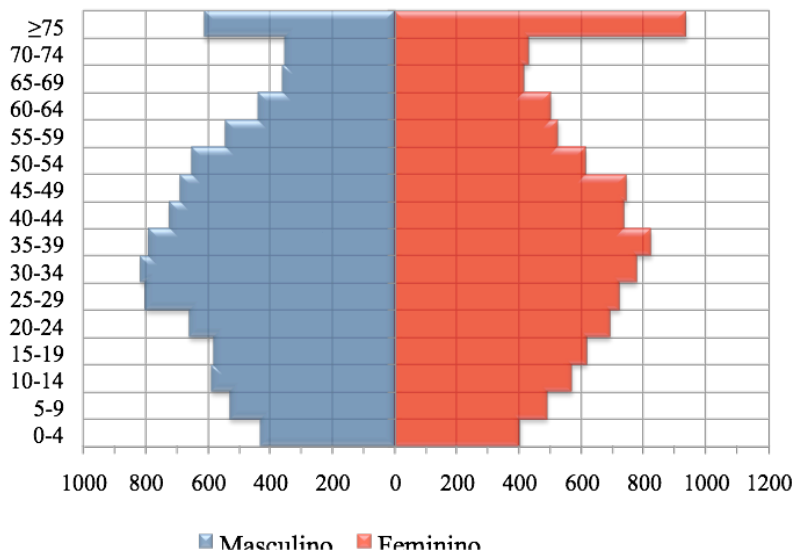
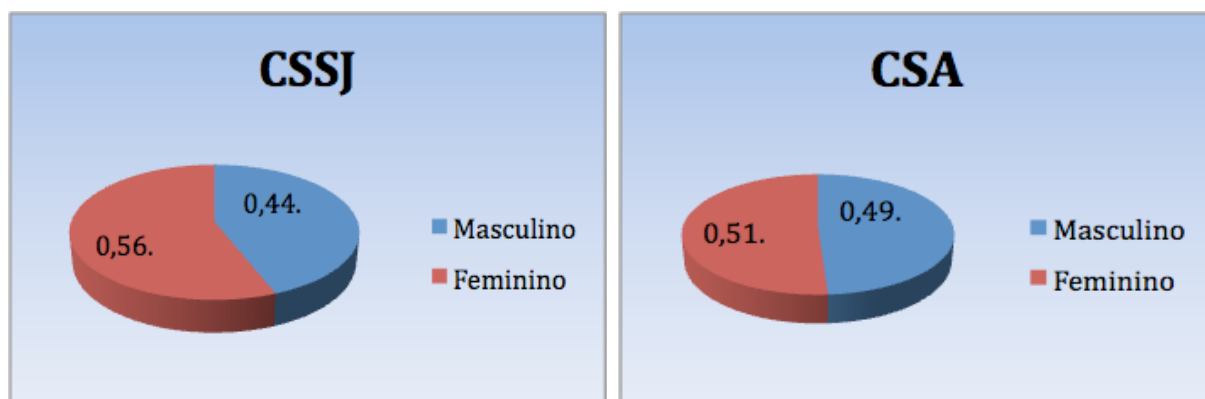


Gráfico 4: Pirâmide etária do CSA

O Índice de Envelhecimento (IE), que representa o quociente entre a população idosa (≥ 65 anos) e a população jovem (< 15 anos) é, no CSSJ, de 131,93% e, no CSA, 103,15%. Embora ambos os IE demonstrem um envelhecimento da população, os valores são inversos ao que seria de esperar - que, no ambiente rural, a população apresentasse uma população mais envelhecida e com menos nascimentos.

Os idosos representam 18,5% dos inscritos no CSSJ e 15,9% no CSA.

No que diz respeito ao gênero, o sexo feminino predomina em ambos os CS (Gráficos 5 e 6). A Relação de Masculinidade (quociente entre os indivíduos do sexo masculino e feminino) é de 74,74% no CSSJ e de 94,20% no CSA, demonstrando uma maior homogeneidade entre gêneros no ambiente rural.



Gráficos 5 e 6: Percentagem dos gêneros em cada CS

Taxa de Cobertura das Consultas

No que se refere à Taxa de Cobertura (Gráfico 7 e Apêndice III), verifica-se uma percentagem ligeiramente maior nas consultas Saúde Infantil (< 15 anos) do CSA e uma menor nas de Saúde Juvenil (15-18 anos), que acabam por se compensar, dando uma taxa de cobertura total muito semelhante entre os dois CS.

Na Taxa de Cobertura das Consultas de Planeamento Familiar (Gráfico 8), verifica-se uma maior adesão no meio rural, que poderá explicar-se pela maior dificuldade económica que poderá levar as mulheres de meios rurais à consulta do CS, em vez da consulta privada, assim como a procura dos anticoncepcionais orais gratuitos fornecidos pelo CS.

Relativamente à Taxa de Cobertura das Consultas no Domicílio (Gráfico 9), esta é superior no CSSJ, o que pode justificar-se com um maior IE dos utentes deste centro assim como à falta de apoio para transportar o utente ao CS ou fazê-lo representar-se na consulta por um familiar.

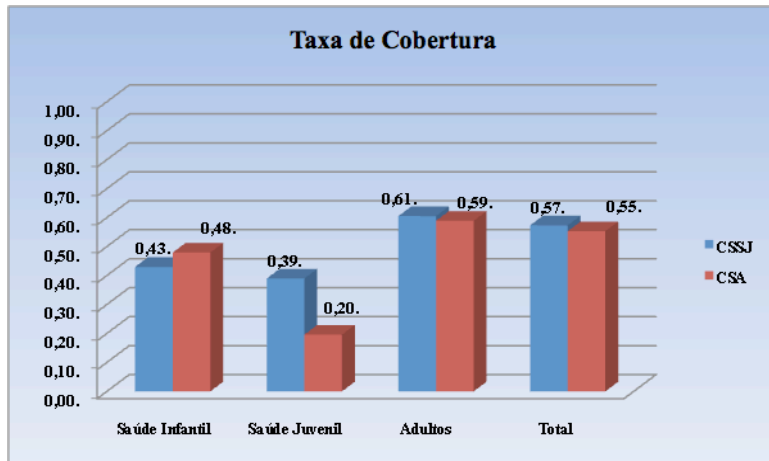


Gráfico 7: Taxa de cobertura das consultas

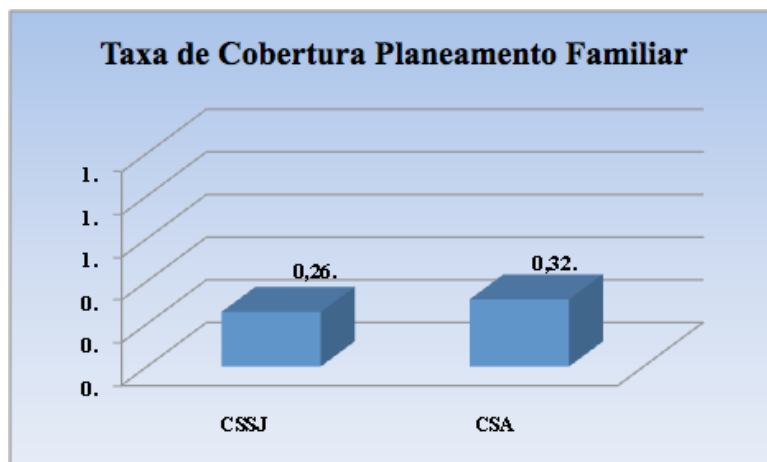


Gráfico 8: Taxa de Cobertura da consulta de Planeamento Familiar

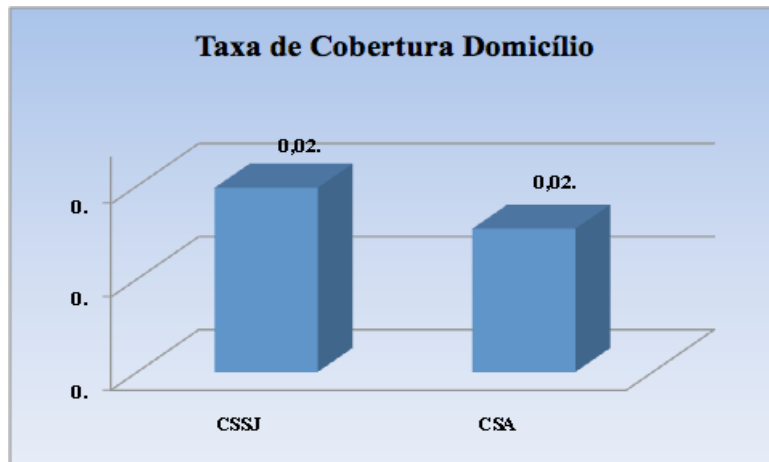


Gráfico 9: Taxa de Cobertura consulta no Domicílio

Foi, ainda, calculado o número médio de consultas por utente, durante o ano de 2010, e verificou-se ser semelhante em ambos os CS.

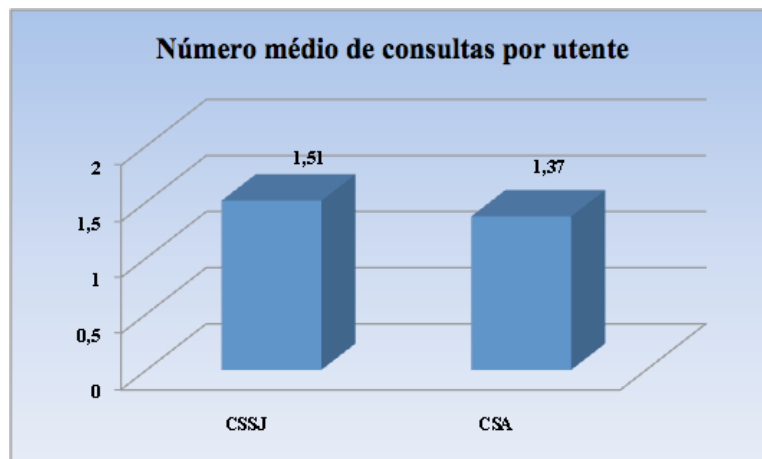


Gráfico 10: Número médio de consultas por utente

DESCRIÇÃO DE ACTIVIDADES

No âmbito da disciplina de Medicina Comunitária do 6º ano, passei por uma valência urbana e outra rural, cada uma com duas semanas de evolução. É esperado que, assim, seja possível contactar com duas realidades distintas. Para isso, é dada a oportunidade de participar em sessões de formação e na Consulta Médica, acompanhar a equipa de Enfermagem e visitar estruturas de saúde da comunidade (Apêndice IV). Desta forma, é possível obter uma maior percepção do ambiente da MGF actual, do funcionamento de CS em locais distintos e desenvolver a capacidade de integração na equipa de um CS.

Cada módulo iniciou com um Seminário no Departamento de Clínica Geral da FMUP, com o objectivo de indicar as principais tarefas e competências que deveriam ser desenvolvidas durante o estágio, assim como uma revisão teórica sobre as características dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) e suas áreas de intervenção.

Iniciei o estágio com a valência urbana no CSSJ, entre 17 e 28 de Janeiro, sob orientação do Professor Doutor Frey Ramos. Seguiu-se a valência rural, no CSA, de 31 de Janeiro a 11 de Fevereiro, sob orientação da Dra. Carla Correlo.

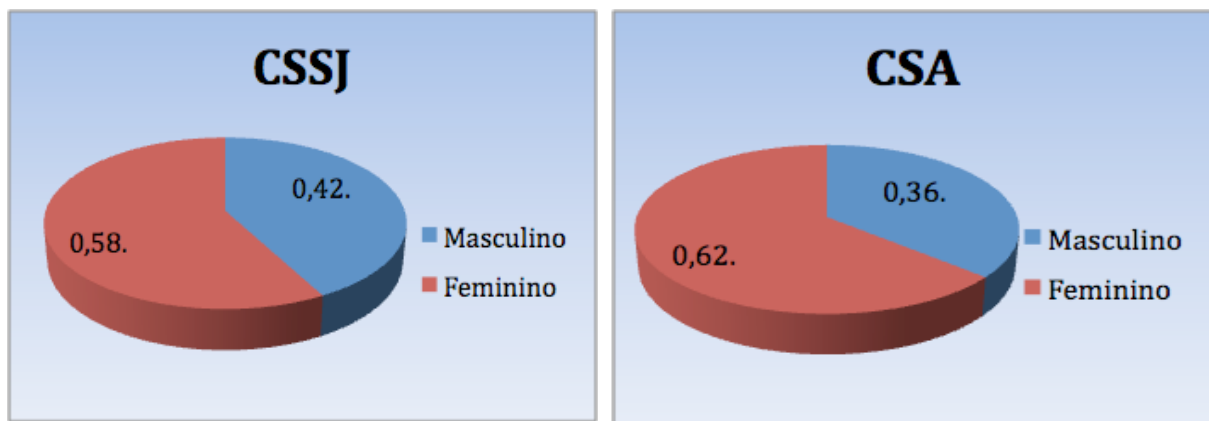
Em ambos os CS, procurei familiarizar-me com os CS e sua forma de actuação, assim como com a equipa de trabalho e população.

Na valência urbana, CSSJ, estive cerca de 6 horas diárias a assistir a consultas com o Prof. Doutor Frey Ramos ou com uma das suas internas (Dra. Ariana Ferraz e Dra. Daniela Costa). Tive ainda a oportunidade de acompanhar o Prof. Doutor Frey Ramos num domicílio, que me serviu de tema para a elaboração da reflexão (Apêndice V)⁴, assistir ao 2º dia das XXII Jornadas de Actualização Cardiológica do Norte para Medicina Geral e Familiar (Anexo II), participar em Procedimentos de Enfermagem e visitar o Centro Integrado de Apoio à Deficiência (CIAD). Neste Centro, existem duas infraestruturas principais: uma editora de literatura em Braille em formato de papel, mas também em formato informático, e, um Centro de Actividades Ocupacionais (CAO) frequentado por indivíduos com multideficiência, funcionando como complemento à escola. Pela constatação do número elevado de queixas osteoarticulares na consulta, elaborei um desdobrável de Educação para a Saúde sobre a Osteoporose (Apêndice VI). Foi ainda apresentado, para fins de avaliação da disciplina de MC, o registo de um dia de consulta (Apêndice VII).

Na valência rural, CSA, estive cerca de 10 horas diárias a participar nas consultas com a Dra. Carla Correlo e assistir a diversos procedimentos de Enfermagem. Tive, ainda, a oportunidade de acompanhar a Dra. M^a Luisa Terroso nas consultas dadas numa das extensões do CSA, em Bouro Santa Marta. Pelo número elevado de queixas relacionadas com sintomas do aparelho respiratório superior, dos quais a tosse se destacava, e derivaram em diagnósticos tão distintos como síndromes gripais ou a carcinoma pulmonar, elaborei um algoritmo de abordagem deste sintoma (Apêndice VIII). A realização de Consulta tutelada foi uma experiência que em muito enriqueceu esta valência, permitindo um contacto muito próximo com o utente, demonstrando a importância da comunicação na entrevista clínica e fomentando o desenvolvimento da autonomia da aluna. Acompanhei, durante uma manhã, a ECCI, tendo sido muito enriquecedor assistir e participar numa abordagem domiciliária multidisciplinar. Pude conhecer casos de idosos dependentes em condições muito diferentes, desde o idoso integrado numa família de acolhimento por abandono ou maus-tratos familiares, ao idoso integrado numa família coesa; conhecer

a realidade duma família de acolhimento; presenciar consultas de esclarecimentos e apoio aos cuidadores. Foi num destes domicílios que colhi dados para elaboração de uma história clínica (Apêndice IX), o que me permitiu usar ferramentas com as quais tinha pouco ou nenhum contacto, como o Genograma, Psicofigura de Mitchel, Circulo Familiar de Thrower, entre outras. Experimentei, assim, uma nova abordagem médica, onde a família e o percurso de vida do doente assumem importância visível. Também, nesta valência, foi elaborado o registo de um dia de consulta, ao qual acrescentei alguns casos que se destacaram dos restantes (Apêndice X). Tive oportunidade de assistir, na valência urbana, a 102 consultas e, na rural, a 140.

A frequência dos géneros em cada CS (Gráficos 11 e 12) demonstra uma superioridade feminina semelhante, no CSSJ, aos valores atingidos pelo total dos utentes (57,84% versus 55,93%). Nas consultas assistidas no CSA, a percentagem de homens presente nas consultas é muito menor (35,71% versus 48,99%) do que no total dos utentes, ficando tal provavelmente a dever-se ao facto de a valência ter decorrido numa época de grande emigração (Janeiro - Março) para a agricultura em França. Tal pode, também, justificar o aumento da média de idades dos utentes masculinos durante o período da valência rural (Gráfico 13).



Gráficos 11 e 12: Frequência dos géneros nas consultas assistidas

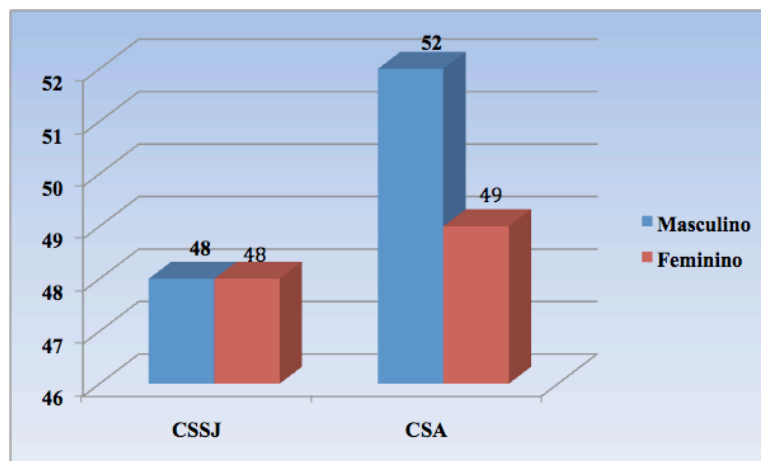


Gráfico 13: Idade média dos utentes

ESTUDO COMPARATIVO SOBRE CUIDADOS PRESTADOS A IDOSOS FAMILIARES DOS UTENTES DO CSSJ E CSA

Introdução

O especialista de MGF está numa posição privilegiada por poder acompanhar todo o processo de uma família, podendo, assim, actuar e auxiliar de forma a melhorar a qualidade de vida dos idosos dessa mesma família, acompanhando ao mesmo tempo o cuidador, que não deve ser esquecido.

Devido ao crescente envelhecimento da população, cada vez mais se coloca a questão de quem e onde se cuidam destes idosos.

Durante este ano clínico tive a oportunidade de verificar a realidade dos inúmeros idosos com pouco ou nenhum acompanhamento familiar, chegando ao extremo de estarem/serem abandonados nas instituições hospitalares. Fiquei muito sensibilizada para este facto e decidi investir nesta área, realizando a presente avaliação sobre o tema.

Objectivos

- Verificar quais as principais dependências dos idosos.
- Averiguar onde e quem presta os cuidados necessários aos idosos
- Comparar o meio urbano e o rural e verificar se existem diferenças significativas quanto à percentagem de idosos abandonados e/ou institucionalizados

Averiguar, caso essa diferença exista, se está relacionada com o tempo de prestação de cuidados e/ou com o nível de dependência do idoso.

Métodos

Questionário de resposta fechada, anónimo, auto preenchido (Apêndice I).

Amostra de conveniência.

Estudo epidemiológico, transversal e descritivo.

Caraterização da amostra

Para a realização do presente estudo foram inquiridos 76 utentes que se dirigiram à consulta, durante o meu estágio, com pelo menos um familiar idoso que tivesse necessitado de cuidados antes de falecer. Os inquéritos foram realizados no CSSJ (n=48; 63,2%) e CSA (n=28; 36,8%) (Tabela 4).

Tabela 4: Número de inquiridos por CS

	N	%
CSSJ	48	63,2
CSA	28	36,8
Total	76	100,0

Segundo as respostas dos inquiridos, revelou-se um total de 133 idosos que precisaram de cuidados, sendo que foram indicados no CSSJ 87 idosos (65,4%) e 46 no CSA (34,6%) (Tabela 5 e Gráfico 14).

Tabela 5: Número de idosos por CS

	N	%
CSSJ	87	65,4
CSA	46	34,6
Total	133	100,0

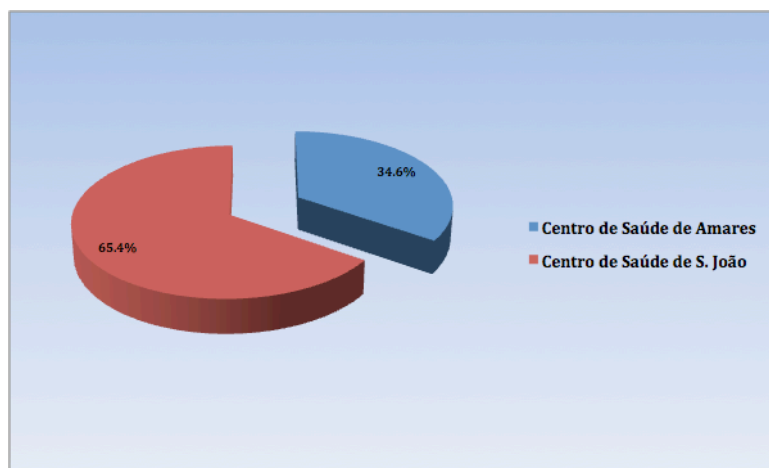


Gráfico 14: Percentagem de idosos por CS.

O familiar idoso que precisou de cuidados era, em termos de grau de parentesco, na maioria dos casos, a mãe do inquirido (n=35; 26,3%), sendo na minoria o irmão (n=5; 3,8%) (Gráfico 15).

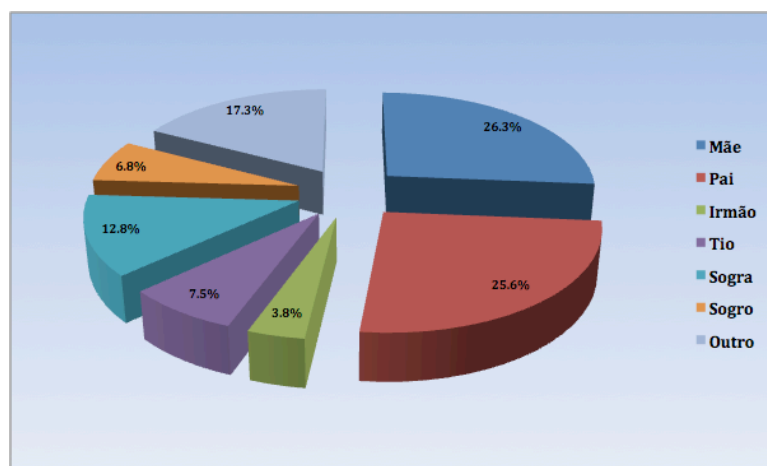


Gráfico 15: Percentagem de idosos por grau de parentesco ao inquirido.

Analisando o grau de parentesco por CS é possível verificar (Gráfico 16) que, no CSSJ, a maior parte dos idosos são os pais (23/87, 26,4%), sendo a minoria os irmãos (4/87, 4,6%). No caso do CSA, a maior parte dos idosos são mães do inquirido (16/46, 34,8%) e a minoria também são irmãos (1/46, 2,2%). Comparando os graus de parentesco que se salientam mais, podemos verificar que a proporção de mães é superior no CSA (34,8%) comparativamente com o verificado no CSJ (21,8%), sendo que, no caso dos pais, a proporção é inversa: superior no CSSJ (26,4%) comparativamente com o CSA (23,9%).

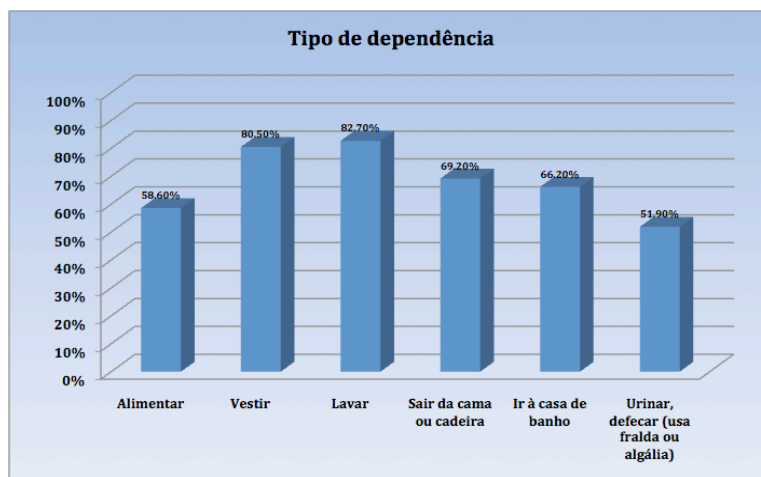


Gráfico 16: Grau de parentesco por CS.

Resultados

Após caracterizar a amostra de 133 idosos, passamos a analisar os resultados obtidos nas várias questões do questionário administrado, tendo como principal objectivo verificar até que ponto o grau de dependência dos idosos está relacionado com os cuidados prestados, assim como o local e a pessoa que os presta.

Assim, em termos da extensão de tempo em que o idoso precisou de cuidados, na maioria dos casos os idosos (n=53; 39,8%) precisaram destes cuidados entre 1 a 5 anos, sendo que, em menor número, surgem os idosos que precisaram por mais de 5 anos (n=33; 24,8%). Em 5 idosos (n=5; 3,8%) não foi indicada a duração durante a qual necessitaram de cuidados, por desconhecimento (Gráfico 17).

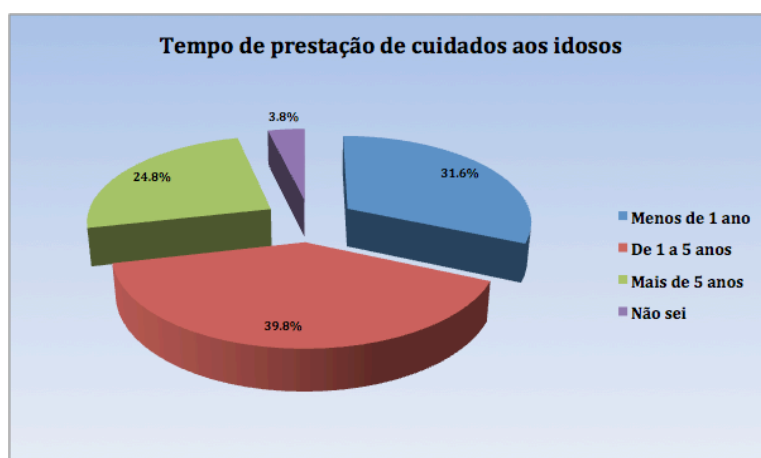


Gráfico 17: Tempo de prestação de cuidados aos idosos.

Constata-se que no CSSJ predomina o período de tempo inferior a 1 ano de prestação de cuidados (31/87, 35,6%) e uma minoria há mais de 5 anos (23/87, 26,4%). No CSA, a maior parte dos idosos são alvo de prestação de cuidados há 1-5 anos (24/46, 52,2%) e a minoria também o é há mais de 5 anos (10/46, 21,7%) (Gráfico 18).

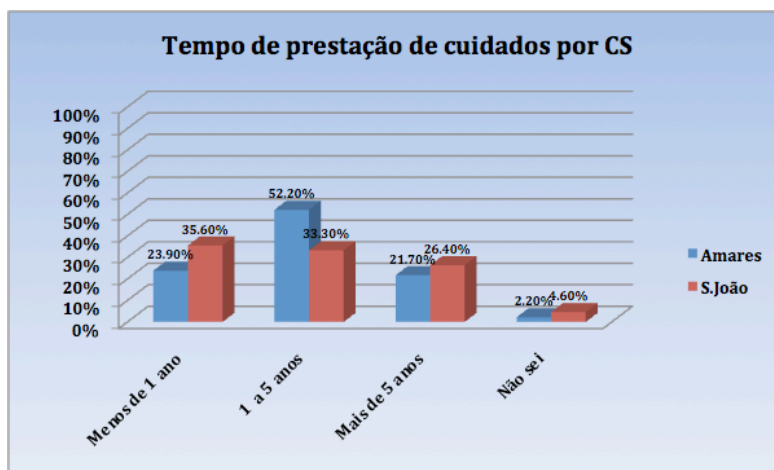


Gráfico 18: Tempo de prestação de cuidados por CS

No que diz respeito ao tipo de dependência do idoso, verifica-se que a necessidade prevalente é “lavar” (ajuda no banho) (110/133, 82,7%) e o menos prevalente refere-se ao “urinar, defecar” (uso de fralda ou algália) (69/133, 51,9%) (Gráfico 19).

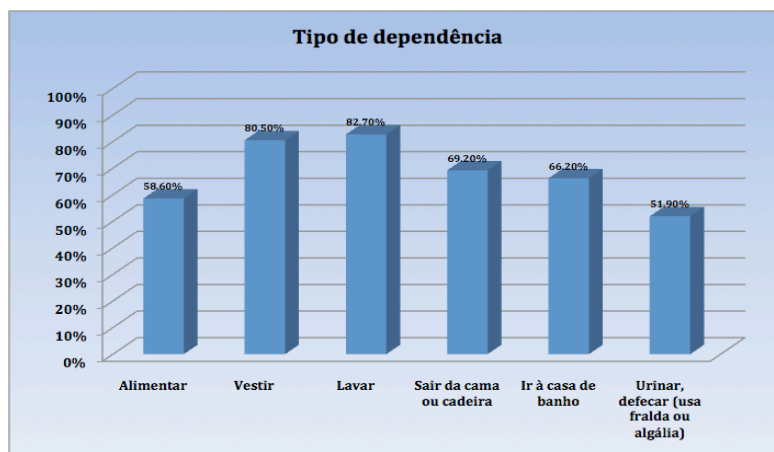


Gráfico 19: Tipo de dependência do idoso

Em relação à análise do tipo de dependência do idoso por CS é possível observar (Gráfico 20) que a maior parte dos idosos do CSSJ apresenta-se dependente para se vestir (67/87, 77,0%) e a minoria é dependente no que se refere ao urinar/defecar (43/87, 49,4%). No CSA, a maioria necessita de ajuda para o banho (44/46, 95,7%) enquanto que uma minoria apresenta dependência para se alimentar (22/46, 47,8%). No caso da dificuldade dos idosos em vestir-se (maior dificuldade no CSSJ), é possível verificar que esta se verifica, contudo, numa proporção superior no CSA (87,0%).

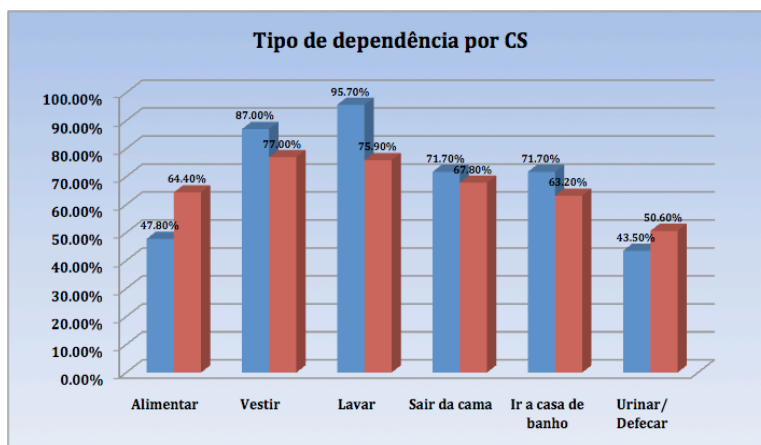


Gráfico 20: Tipo de dependência por CS

Posteriormente à análise dos resultados obtidos para cada uma das dependências, foi criada uma variável denominada “Grau de Dependência” em função do número de dependências verificadas, tendo sido concluído, pelos resultados obtidos (Tabela 6 e Gráfico 21) que a maior parte dos idosos se apresenta muito dependente de cuidados, apresentando mais de 3 dependências (91/133, 68,4%).

Tabela 6: Grau de dependência dos idosos

Grau de dependência	N	%
Nenhum	15	11,3
1 a 2 dependências (Baixo)	17	12,8
3 dependências (Médio)	10	7,5
Mais de 3 dependências (Alto)	91	68,4
Total	133	100,0

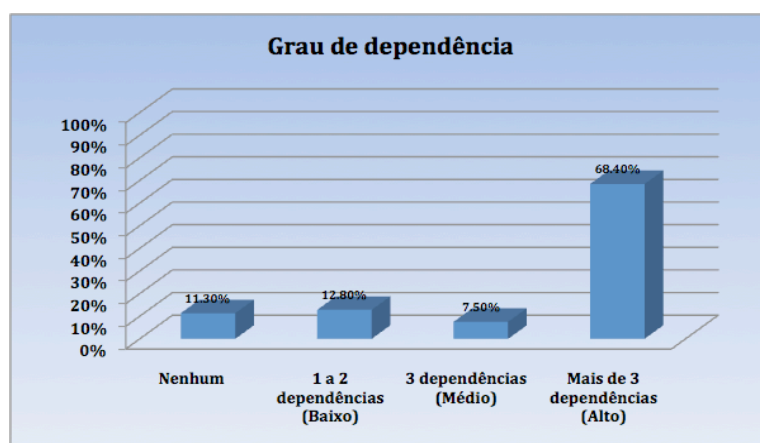


Gráfico 21: Grau de dependência dos idosos

Analisando o grau de dependência dos idosos por CS é possível, também, verificar (Gráfico 22) que em ambos os CS a maior parte dos idosos apresentam uma dependência muito alta, visto terem mais de 3 dependências CSSJ (59/87, 67,8%) e no CSA (32/46, 69,6%).

Também é possível concluir, desta análise, que a proporção de indivíduos que se apresentam muito dependentes é ligeiramente superior no CSA (69,6%) face ao CSSJ (67,8%).

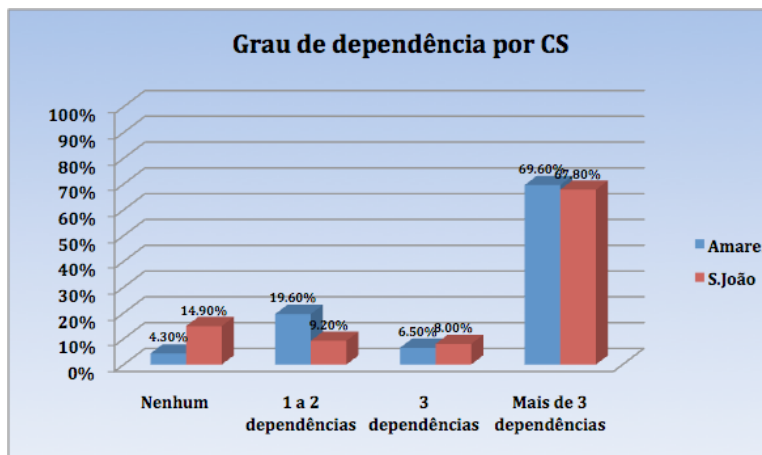


Gráfico 22: Grau de dependência por CS

Sobre o local onde o idoso recebeu os cuidados que necessitava, os inquiridos referiram que, na maioria dos casos, foi “na própria casa do idoso” (n=75; 56,4%), tendo sido apontado “em casa de outros familiares” em menor número (n=21; 15,8%) (Tabela 7 e Gráfico 23).

Tabela 7: Local de prestação de cuidados ao idoso

	N	%
Casa própria	75	56,40%
Casa de familiar inquirido	29	21,80%
Casa de outros familiares	21	15,80%
Instituição	38	28,60%
Não sei	1	0,80%

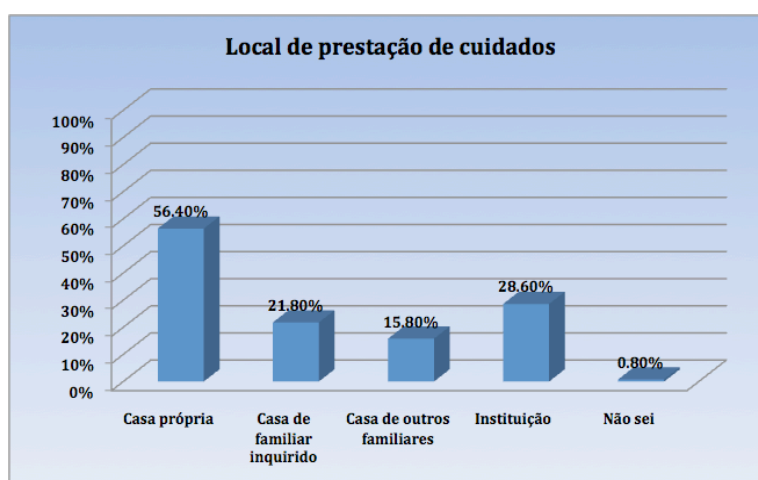


Gráfico 23: Local de prestação de cuidados ao idoso

¹Nota: As percentagens relativas a cada local são contabilizadas individualmente para um total de 100%, tendo-se só contabilizado as respostas positiva de uma variável dicotómica (sim e não).

Analisando os resultados relativos ao local de prestação de cuidados por CS, é possível verificar (Gráfico 24) que, em ambos os CS, a maioria dos cuidados prestados aos idosos são realizados em casa própria e a minoria, no CSSJ, recebe aquele tipo de cuidados em casa de outros familiares, enquanto, no CSA, recebe-os numa instituição (5/46, 10,9%).

Também podemos verificar, relativamente ao local de maior prestação de cuidados (casa própria), uma proporção superior de idosos no CSA (60,9%) relativamente ao verificado no CSSJ. Já relativamente aos idosos que são cuidados numa instituição, a sua proporção é superior no CSSJ (40,2%).

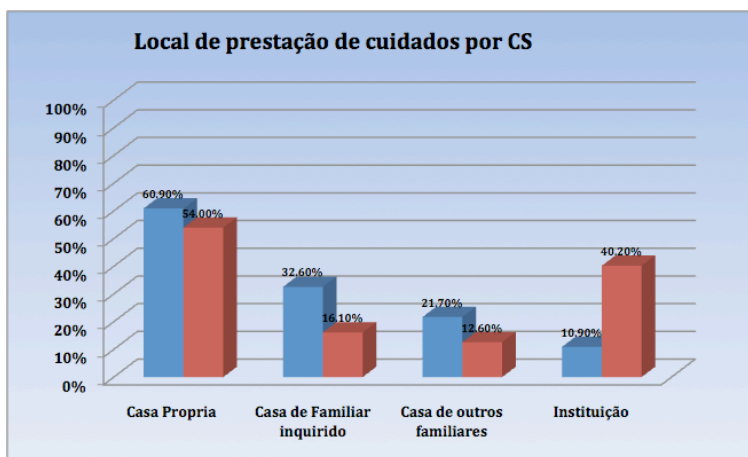


Gráfico 24: Local de prestação de cuidados por CS

Ao nível de quem prestou os cuidados necessários, verifica-se (Tabela 8 e Gráfico 25) que os inquiridos indicaram “outro familiar do idoso” como prestador de cuidados na maioria dos casos (92/133; 69,2%). Num número reduzido foi indicado “outra pessoa” (1/133; 0,8%) que prestou os cuidados ao idoso. Não se verificou qualquer resposta “ninguém”.

Tabela 8: Entidade de prestação de cuidados

	N	%
Familiar inquirido	47	42,9%
Outro Familiar	92	69,2%
Profissional	61	45,9%
Outro	1	0,8%

²Nota: As percentagens relativas a cada local são contabilizadas individualmente para um total de 100%, tendo-se só contabilizado as respostas positiva de uma variável dicotómica (sim e não).

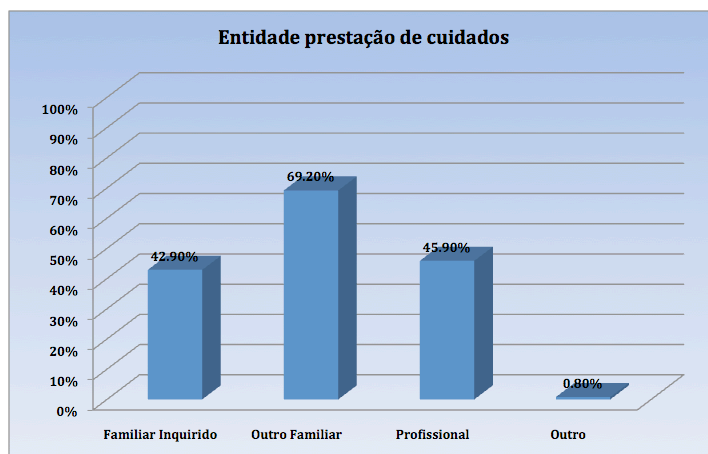


Gráfico 25: Entidade de prestação de cuidados

Relativamente à análise da entidade de prestação de cuidados por CS, é possível constatar (Gráfico 26) que, no CSSJ, a maior parte dos idosos é tratada por “outros familiares” (54/87, 62,1%), sendo uma minoria tratada pelo “familiar inquirido” (30/87, 34,5%). No CSA, a maior parte dos idosos também é tratada por “outros familiares” (38/46, 82,6%), enquanto apenas 14/46 (30,4%) são tratados por profissionais. Em relação aos idosos que são tratados por um profissional, ainda que se apresentem em número reduzido, é importante salientar uma maior proporção no CSSJ (54,0%).

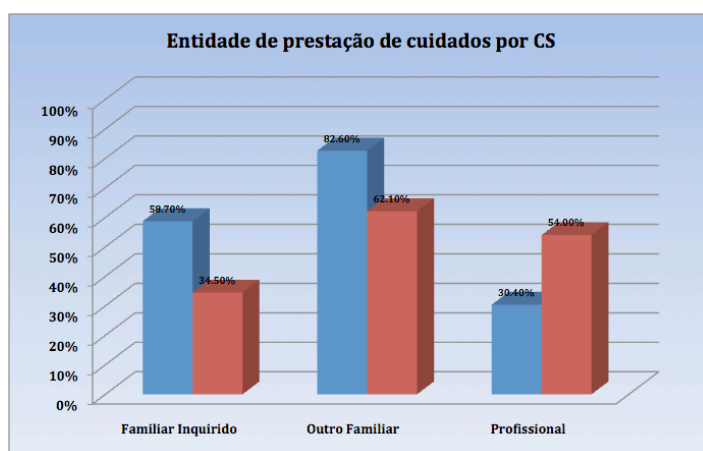


Gráfico 26: Entidade de prestação de cuidados por CS

Após analisar cada questão relativa à prestação de cuidados de saúde aos idosos, passa-se a comparar os resultados obtidos no sentido de responder aos objetivos propostos.

Sendo assim, analisando-se os resultados obtidos relativamente ao tempo de prestação de cuidados, de acordo com o local onde são cuidados, é possível verificar (Gráfico 27) que o período entre 1 e 5 anos é maior em todos os locais de prestação de cuidados aos idosos, sendo contudo superior a proporção verificada de idosos que recebem cuidados em casa de “outros familiares” (11/21, 52,4%). Os idosos que necessitaram de cuidados durante mais de 5 anos encontram-se em menor número em quase todos os locais onde recebem cuidados, com exceção de em casa de “outro familiar”. Também pode verificar-se que os idosos que necessitaram de cuidados mais prolongados (mais de 5 anos) encontram-se em instituições numa proporção inferior (20,0%) aos idosos que se encontram tratados em casa própria (28,0%), em casa do familiar inquirido (27,5%) ou em casa de outros familiares (33,3%).

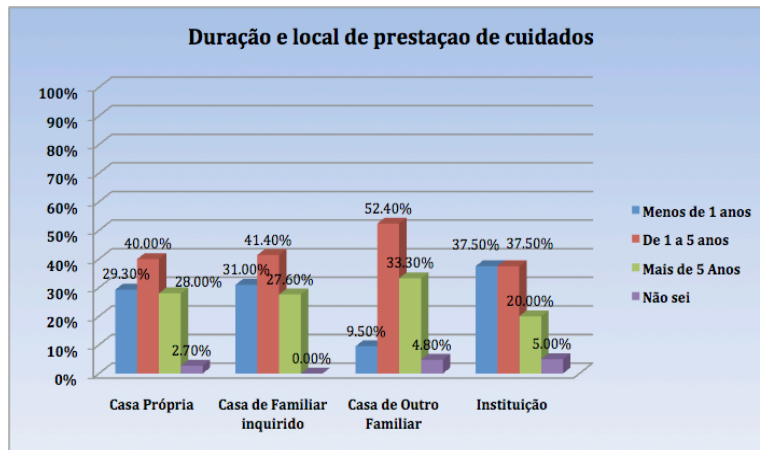


Gráfico 27: Duração e local de prestação de cuidados por CS

Realizando a mesma análise por CS, é possível concluir (Gráfico 28) que, no CSSJ, existe uma proporção superior de idosos com necessidade de cuidados entre 1 e 5 anos em todos os locais de recepção de cuidados, sendo, contudo, de referir uma distribuição semelhante no caso dos que são tratados em casa própria (31,9%). Os idosos que recebem cuidados há mais tempo (mais de 5 anos) encontram-se em proporção inferior nas instituições (17,1%) e também na casa dos familiares inquiridos (21,4%) relativamente aos que recebem cuidados em casa de outros familiares (36,4%) e em casa própria (31,9%).

No CSA, tal como no CSSJ, a proporção de idosos tratados entre 1 e 5 anos encontra-se no geral em número superior, com a exceção dos idosos institucionalizados, que apresentam uma proporção idêntica (30,0%). Em menor número, apresenta-se a proporção de idosos que recebem cuidados há menos um ano, verificando-se essa minoria em todos os locais de recepção de cuidados. Em relação aos idosos que recebem cuidados há mais tempo (mais de 5 anos), nota-se uma proporção superior que recebe cuidados numa instituição (2/5, 40,0%) face aos que recebem cuidados em casa própria (6/28, 21,4%), em casa do familiar inquirido (5/15, 33,3%) ou em casa de outro familiar (3/10, 30,0%).

No caso dos idosos que recebem cuidados há menos de 1 ano no CSSJ, uma proporção superior em todos os locais, com a exceção dos que se encontram em casa de outros familiares, que se apresentam em proporção inferior (9,1%) relativamente aos idosos do CSA (10,0%). Já no que se refere aos idosos que recebem cuidados há mais tempo (mais de 5 anos), podemos afirmar que os que recebem cuidados em casa de outro familiar (36,4%) e em casa própria (31,9%) se apresentam em proporção superior no CSSJ, enquanto que os idosos institucionalizados (40,0%) ou em casa de familiares próximos (33,8%) se encontram numa proporção superior no CSA.

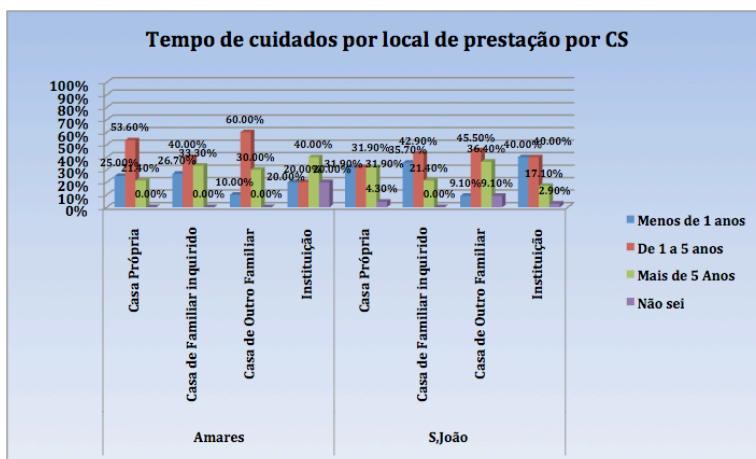


Gráfico 28: Tempo de cuidados por local de prestação por CS

Analisando o tempo de prestação de cuidados em função da entidade que os presta aos idosos, é possível verificar (Gráfico 29) que a maior parte dos idosos recebe, cuidados entre 1 a 5 anos, independentemente da entidade que presta esses mesmos cuidados, sendo superior a proporção de idosos tratados pelos familiares inquiridos (24/57, 42,1%). Em relação aos idosos que recebem cuidados há menos de 1 ano, a proporção apresenta-se superior também nos que são tratados pelos inquiridos (20/57, 35,1%), enquanto que nos que recebem cuidados há mais tempo (mais de 5 anos), a maioria é cuidada por outros familiares (28/92, 30,4%).

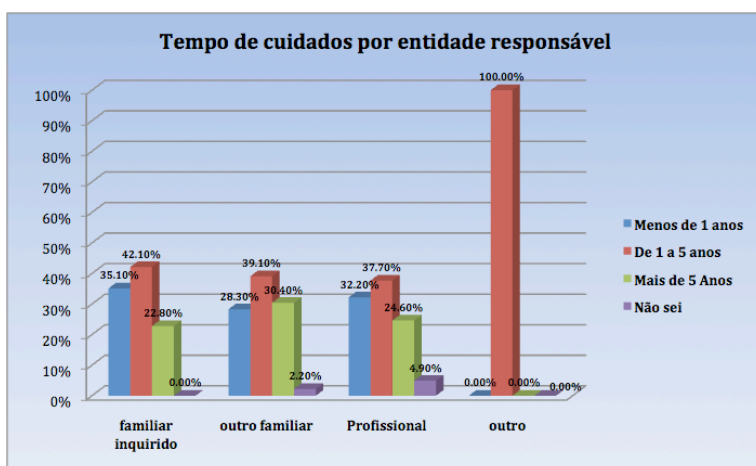


Gráfico 29: Tempo de cuidados por entidade responsável

Analisando os mesmos resultados por CS constata-se (Gráfico 30), que, no CSSJ, é possível verificar, nos idosos que são assistidos há menos tempo, uma proporção superior que recebe cuidados de familiares próximos (12/30, 40,0%) e, no grupo que recebe cuidados há mais tempo, uma maior proporção que recebe cuidados de outros familiares (19/54, 35,2%).

No CSA, a proporção de idosos que recebem cuidados há 1-5 anos são superiores em todas entidades responsáveis pela prestação de cuidados, sendo contudo a proporção maior nos familiares inquiridos (51,9%). O mesmo acontece aos que necessitaram de cuidados durante menos tempo (8/27, 29,6%), sendo, contudo, muito próxima a proporção de idosos que recebem cuidados de profissionais (4/14, 28,6%). Em relação aos idosos que recebem cuidados há mais tempo (mais de 5 anos), a proporção é superior nos que recebem cuidados de profissionais (4/14, 28,6%).

Comparando os dois CS, é possível verificar que, no grupo de idosos que recebe cuidados há menos tempo, a proporção que recebe cuidados do familiar inquirido (40,0%) é superior no CSSJ em relação ao CSA (29,6%), sendo que o mesmo se verifica em relação aos que recebem cuidados de profissionais (34,0%) e de outros familiares (29,6%).

Já em relação aos que recebem cuidados há mais tempo, a proporção de idosos que recebe cuidados dos familiares inquiridos (26,7%) e de outros familiares (36,2%) é superior no CSSJ, enquanto que a proporção que recebe ajuda de profissionais é superior no CSA (23,6%).

Em relação ao grau de dependência dos idosos, na análise em função do local de prestação de

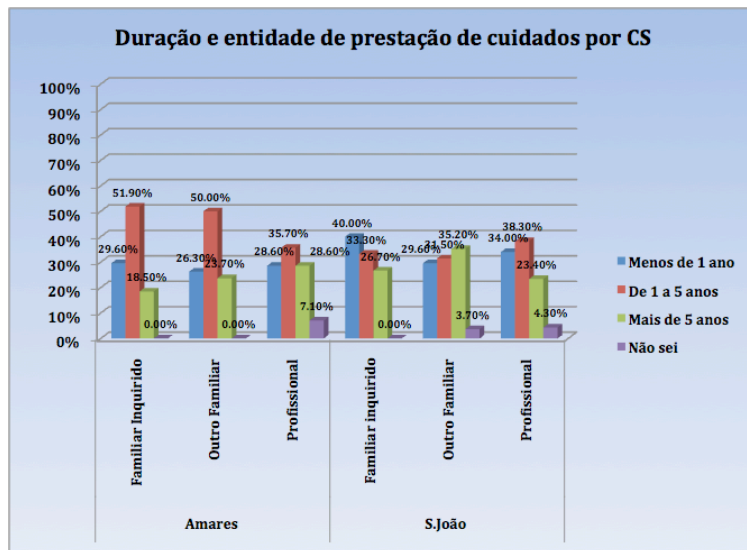


Gráfico 30: Duração e entidade de prestação de cuidados por CS

cuidados pode verificar-se (Gráfico 30) que, em todos os locais de recepção de cuidados, existe uma dependência muito forte (mais de 3), sendo, porém, maior (21/29, 72,4%) no grupo dos que se encontram em casa dos familiares inquiridos, por comparação aos que recebem cuidados em instituições (26/40, 65,0%), em casa de outros familiares (15/21, 71,4%) e em casa própria (53/75, 70,7%). Relativamente aos que são totalmente independentes, é possível verificar uma maior proporção de idosos que recebem cuidados em instituições (8/40, 20,0%).

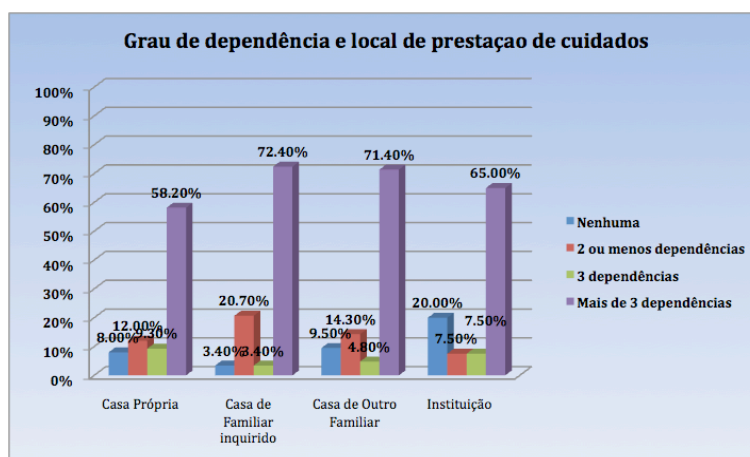


Gráfico 31: Grau de dependência e local de prestação de cuidados

A análise do grau de dependência por local de cuidado entre os dois CS (Gráfico 32), permitiu constatar que em ambos existe uma proporção superior de idosos muito dependentes, no entanto no CSSJ estes recebem cuidados em casa própria (34/47, 72,3%) e no CSA recebem-nos em casa de familiares.

Por outro lado, também se verifica, nos dois CS, uma proporção superior de idosos independentes que recebem cuidados numa instituição, CSSJ (7/35, 20,0%) e CSA (1/5, 20,0%).

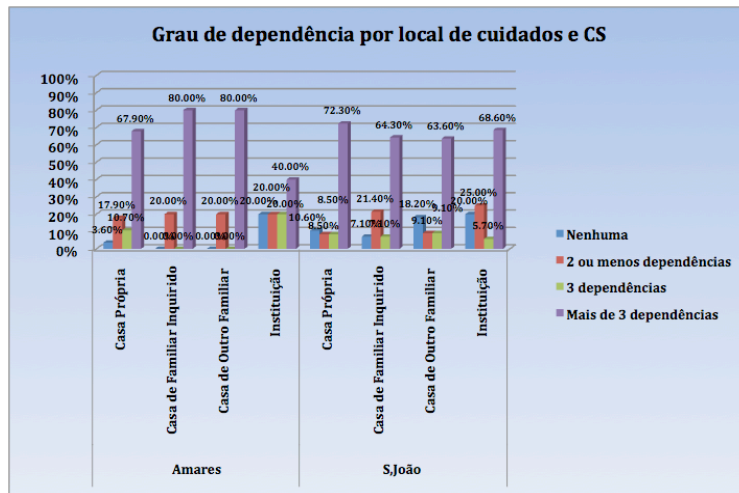


Gráfico 32: Grau de dependência e local de prestação de cuidados por CS

Analisando o grau de dependência em função da entidade que presta serviços ao idoso é possível constatar (Gráfico 33) que nos muito dependentes mesmo não tendo a maior percentagem recebido cuidados em instituições (Gráfico 32) eles são cuidados maioritariamente por profissionais e mais uma vez temos idosos independentes em segundo lugar nos cuidados prestados por profissionais.

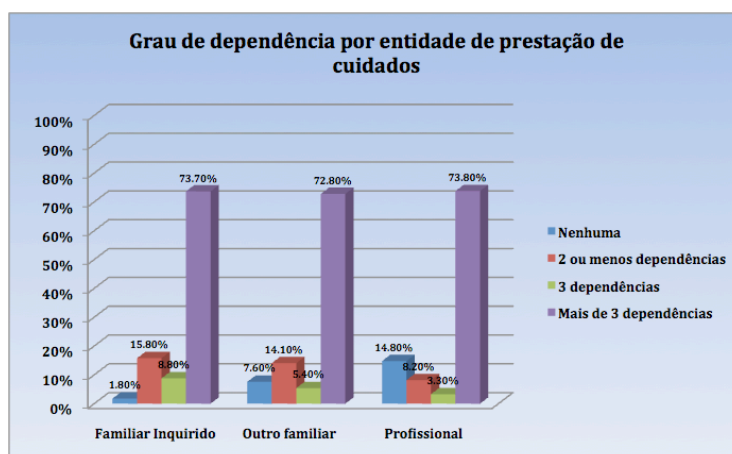


Gráfico 33: Grau de dependência por entidade de prestação de cuidados

Analisando esta questão por CS (Gráfico 34) é possível verificar-se que idosos com baixa, média e grande dependência, em ambos os CS, são maioritariamente tratados por familiares enquanto que os independentes são institucionalizados, sendo isto mais evidente no CSSJ.

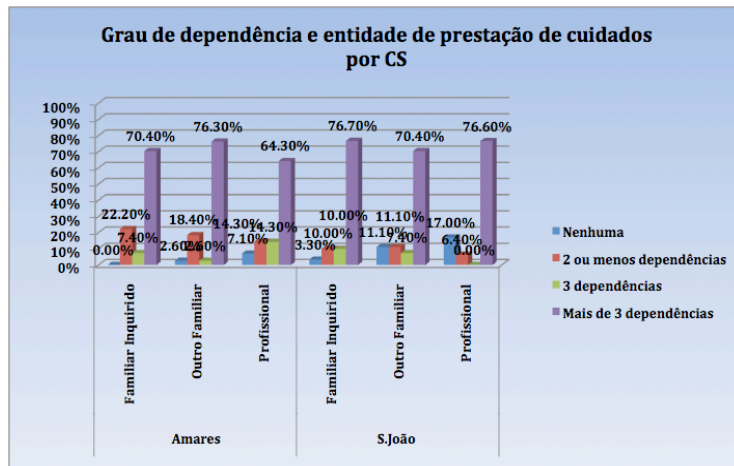


Gráfico 34: Grau de dependência e entidade de prestação de cuidados por CS

CONCLUSÃO

Este estágio contribuiu de forma excepcional para a minha formação médica, proporcionando-me uma inúmera variedade de experiências.

Participei num tipo de abordagem médica diferente da feita até então (a hospitalar), em que o doente não é só uma patologia isolada, mas todo um processo contínuo, desde a infância ao envelhecimento. Abordar o doente como membro integrante de uma família e sociedade é fundamental na prática da MGF e essencial na nossa formação.

O contacto diário com doentes com patologias tão variadas contribuiu significativamente para o aprofundamento e solidificação de conhecimentos, além de favorecer o desenvolvimento da nossa capacidade de condução de uma consulta e recolha de uma história clínica tendo em conta factores sociais e familiares. Foi uma mais-valia para o meu desenvolvimento pessoal e profissional explorar a relação médico-doente.

Este estágio permitiu a aquisição dos princípios de prevenção, rastreio, diagnóstico precoce e doença. Simultaneamente, fomentou o contacto com os aspectos comunitários de saúde materna, pediatria, saúde mental, medicina psico-social e cuidados a idosos.

Reconheci a dificuldade do desafio diário que se coloca ao profissional de MGF em aplicar a disciplina científica do método médico enquanto tem de alargar os conceitos de doença e de afecção.⁵

O facto de termos uma valência urbana e rural permitiu-nos conviver com realidades diferentes e ter a oportunidade de ver como diferentes factores culturais e sócioeconómicos influenciam a dinâmica saúde /doença de um indivíduo.

Os dois CS que conheci tinham muitos factores em comum. Nas diferenças, saliento o facto de o CSSJ, embora com um ratio médico/doente menor, ter tempos de espera para consulta semelhante aos do CSA. Realço a presença de um podologista no CSSJ, mas lamento a falta de um nutricionista e de um fisioterapeuta, que existem no CSA.

A ECCI do CSA é uma mais-valia para a população e, desde a sua criação, muitos utentes têm beneficiado da mesma.

Destaca-se a organização da disciplina de MC, assim como a atitude pedagógica e disponibilidade dos profissionais.

Considero a duração do estágio curta para uma disciplina tão essencial na nossa formação médica e que é uma pedra basilar do sistema de Saúde em Portugal, lamentando também só contactarmos com esta realidade no 6º ano do curso de Medicina.

BIBLIOGRAFIA

- 1 - Nunes JM. Comunicação em contexto clínico. Lisboa. Bayer Health Care, 2007; 33-39.
- 2 - Hespanhol A, Malheiro A, Pinto AS. O projecto “tubo de ensaio”- Breve história do Centro de Saúde S. João. Revista Portuguesa Clínica Geral. 2002; 18: 171 – 186.
- 3 - Amares, UCC. Site Oficial da Unidade de Cuidados na Comunidade de Amares. 2011.
- 4 - Blasco, PG. Medicina Familiar: Ciência e Arte com Metodologia Acadêmica. Revista Videtur. 2003; 22: 31 – 40.
- 5 - Pendenton P, Schofield T, Tate P, Havelock P. A Consulta: uma abordagem à aprendizagem e ensino. Porto: Departamento de Clínica Geral FMUP; 1993. 14-18.
- 6 - Duarte, YAO, Andrade, CL, Lebrão, ML. O Índice de Kartz na avaliação da funcionalidade dos idosos. Revista Escola Enfermagem USP. 2007; 41: 317-325.

ARS NORTE, I. P.

ACES Cávado II – Gerês/Cabreira

Unidade de Cuidados na Comunidade de Amares

PLANO DE ACÇÃO





XXII Jornadas de Actualização Cardiológica do Norte para Medicina Geral e Familiar

Porto, Sheraton Porto Hotel
19 a 21 de Janeiro de 2011

Comissão Organizadora

Presidente
Prof. Carlos Ramalhão

Vice-Presidente
Prof.ª M.ª Júlia Maciel

PROGRAMA FINAL



AGRADEÇO A SUA COLABORAÇÃO NO PREENCHIMENTO DESTE QUESTIONÁRIO DESTINADO À REALIZAÇÃO DE UM ESTUDO SOBRE OS CUIDADOS PRESTADOS A IDOSOS.

O SEU CONTRIBUTO É **ANÔNIMO** E ESSENCIAL PARA O BOM RESULTADO DESTE ESTUDO.

POR FAVOR RESPONDA ÀS QUESTÕES COLOCANDO UMA CRUZ (X) NA RESPOSTA QUE CONSIDERA MAIS CORRETA

1- Teve algum familiar idoso que precisasse de cuidados antes de falecer?

SIM	
NÃO	

SE RESPONDEU **NÃO** O SEU INQUÉRITO TERMINA AQUI

SE RESPONDEU **SIM**, POR FAVOR, PASSE ÀS QUESTÕES SEGUINTE

2- O familiar idoso que precisou de cuidados era:

MÃE		PAI		IRMÃO		TIO		SOGRA		SOGRO		OUTRO	
-----	--	-----	--	-------	--	-----	--	-------	--	-------	--	-------	--

3- MÃE

Precisou de cuidados durante quanto tempo?

MENOS DE 1 ANO	
DE 1 A 5 ANOS	
MAIS DE 5 ANOS	
NÃO SEI	

Este idoso precisava de ajuda para?

ALIMENTAR	
VESTIR	
LAVAR	
SAIR DA CAMA OU CADEIRA	
IR À CASA DE BANHO	
URINAR, DEFECAR (USAVA FRALDA OU ALGÁLIA)	

Onde recebeu estes cuidados?

CASA PRÓPRIA	
EM MINHA CASA	
CASA DE OUTROS	

Distribuição etária por género dos utentes dos CS

	CSSJ		CSA	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
0-4	419	469	432	403
5-9	481	488	532	489
10-14	488	461	591	569
15-19	430	409	584	616
20-24	437	591	661	691
25-29	583	860	801	722
30-34	761	948	816	776
35-39	878	943	793	823
40-44	715	765	726	735
45-49	607	784	691	745
50-54	544	701	653	612
55-59	566	722	546	526
60-64	510	740	440	503
65-69	437	595	361	415
70-74	330	482	354	431
≥75	628	1230	614	936

Taxa de cobertura

	CSSJ	CSA
Nº de 1ª Consultas (P.F.)	1157	1375
Nº Total de mulheres inscritas (15-49 anos)	4516	4363
%	25,62	31,52
Nº de 1ª Consultas (Saúde Infantil)	1206	1446
Nº Total inscritos (<15 anos)	2806	3016
%	42,98	47,94
Nº de 1ª consulta (Saúde Juvenil)	257	186
Nº Total inscritos (15-18 anos)	659	948
%	38,99	19,62
Nº de 1ª Consulta (adultos)	10009	9206
Nº Total de inscritos (adultos)	16537	15623
%	60,53	58,93
Nº de 1ª consultas (Total)	11472	10838
Nº de total Utentes	20002	19587
%	57,35	55,33

Cronograma de Estágio

Módulo urbano: Centro de Saúde S. João

	17 Jan	18 Jan	19 Jan	20 Jan	21 Jan
Manhã	Seminário	Consulta		Congresso de MGF	Consulta
Tarde	Consulta		Consulta	Congresso de MGF	Procedimentos de Enfermagem

	24 Jan	25 Jan	26 Jan	27 Jan	28 Jan
Manhã		Consulta	Procedimentos de Enfermagem		Consulta
Tarde	Consulta		Visita ao CIAD Consulta	Consulta Aberta	

Módulo Rural: Centro de Saúde de Amares

	31 Jan	01 Fev	02 Fev	03 Fev	04 Fev
Manhã	Seminário	Consulta do Diabético	Domicílios ECCI	Consulta Adulto	Consulta Adulto
Tarde		Consulta Infantil e Juvenil	Procedimentos de Enfermagem	Consulta dos Sem Médico	Consulta de Saúde Materna e Planeamento Familiar

	07 Fev	08 Fev	09 Fev	10 Fev	11 Fev
Manhã	Consulta Adulto	Consulta do Diabético	Procedimentos de Enfermagem	Consulta Adulto	Consulta Adulto
Tarde	Consulta Adulto	Consulta Saúde Infantil e Juvenil	Consulta Adulto (Extensão Bouro Sta Marta)	Consulta dos Sem Médico	Consulta de Saúde Materna e Planeamento Familiar

Reflexão

“E.L.L, sexo feminino, 87 anos, já com diagnóstico de Síndrome Gripal requereu Consulta ao Domicílio por agravamento das queixas. Ao chegarmos ao local deparamo-nos com idosa acamada, com sintomas depressivos, que se alegra com visita do médico que conhece há anos.” – Valência Urbana

“A.M.F.A, sexo feminino, 38 anos, apresenta-se na consulta calma, sem queixas apenas com pedido de prescrição de benzodiazepina que teria comprado na farmácia sem receita e agora teria que a entregar. Não tem histórico que justifique tal prescrição pelo qual é inquirida. A. M.F.A inicia longo desabafo angustiado em que confessa ter marido preso, recentemente, por abuso sexual repetido de filha comum, menor. E que esta já teria tentado suicidar-se por 2 vezes desde detenção do pai. “- Valência Rural

Medicina Familiar

Quando fui ao domicílio, acima indicado, lembrei-me das histórias que os mais idosos contam com saudade do médico de família. Do médico que visitava os doentes em casa, ouvia as suas queixas, medicava, tranquilizava os familiares, ouvia confidências, dava conselhos.

Mesmo não fazendo parte da valência urbana não pude deixar de salientar o segundo caso aqui apresentado onde foi notória a cumplicidade e confiança na relação existente entre A.A e a sua médica de família. A. A. Chorou e desabafou durante 45m com a sua médica. A mágoa com que A. A. contava o sucedido é algo que dificilmente esquecerei.

Alguns colegas, já médicos, dão-nos indicações para que não nos expunhemos demasiado ao doente, este não deve considerar-nos um amigo mas sim o seu médico.

Mas onde traçar a barreira na Medicina Familiar?

O Médico de Família trata pessoas e não doenças (William Osler). E já no artigo do Dr Cledening em 1929 se lê que o MF tem a vantagem de ver o paciente não apenas como um organismo afectado por uma doença mas situado no seu contexto de relacionamento social, humano e económico. Deve conhecer a sua família, seus problemas domésticos, seus medos, frustrações e desejos. E tudo isto é importante para ele tenha sucesso na sua tarefa.

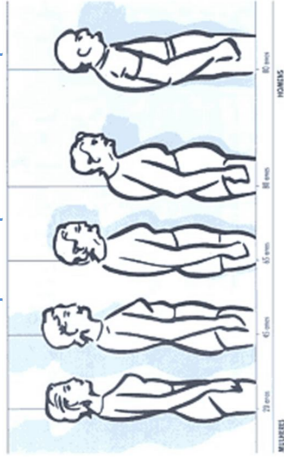
Será possível fazer-se tudo isto de forma eficaz sem se atravessar um pouco a barreira do médico e do amigo?

Tive oportunidade de assistir a várias formas de actuação de diferentes Médicos de Família e fiquei plenamente convencida que aquele que usa um pouco mais do seu tempo conhecendo o doente facilmente é melhor médico. Vi situações em que doenças foram rapidamente diagnosticadas por se conhecer o contexto do doente evitando-se

Quais são os sintomas da osteoporose?

- Fracturas com pequenos traumatismos (especialmente das vértebras, anca e punho)
- Perda de altura superior a 2,5 cm
- Aparhecimento de corcunda ou ombros descaídos para a frente
- Dor nas costas, súbita, intensa e inexplicável

A forma do seu corpo muda por causa da osteoporose



Tratamento médico

Medicamentos para aumentar a massa óssea

Aumentam a quantidade de osso, são os mais importantes no tratamento da osteoporose, porque vão reduzir o seu risco de vir a ter uma fractura. Existem vários e apenas o seu médico sabe qual é o mais indicado para si. Embora estejam a tornar os seus ossos mais fortes não vai sentir nada, tal como não sentiu quando os seus ossos se foram tornando mais fracos. É muito importante que cumpra a medicação de forma correcta mesmo que não sinta qualquer diferença.

Suplementos de cálcio e vitamina D

Se o seu médico verificar que a sua alimentação não contém a quantidade de cálcio suficiente pode receitar-lhe um suplemento de cálcio. Alguns existentes já são enriquecidos com vitamina D.

Medicamentos para controlar a dor

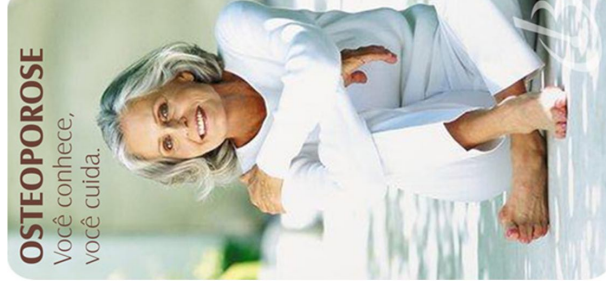
No caso de ter dores nas costas provocadas pela osteoporose o seu médico pode receitar-lhe medicamentos para as dores (analgésicos).

O fundamental

- A osteoporose não é uma consequência do envelhecimento. É uma doença que pode ser prevenida e tratada
- Pode tornar os seus ossos mais saudáveis. Nunca é demasiado cedo para prevenir nem demasiado tarde para tratar
- Uma alimentação saudável e equilibrada, com cálcio e vitamina D em quantidade suficiente é fundamental para a saúde dos ossos
- Há medicamentos para tratar a osteoporose e reduzir o seu risco de fractura. O seu médico vai decidir o que é ideal para si.
- Faça sempre o tratamento de forma correcta.
- As dores nas costas provocadas pela osteoporose podem e devem ser evitadas.
- O exercício e a actividade física são importantes para que tenha uns ossos mais fortes e uma melhor qualidade de vida
- Pode prevenir as quedas e as fracturas tendo cuidado consigo e com o seu ambiente.
- Transmita os seus conhecimentos aos seus familiares e amigos. Lembre-se que, se já sofreu uma fractura, a probabilidade das suas filhas ou netas virem a ter osteoporose é maior. Ensine-as a ter cuidado com alimentação e a actividade física.

OSTEOPOROSE

A osteoporose é uma doença silenciosa que afecta milhares de pessoas mundialmente, sobretudo mulheres após a menopausa.

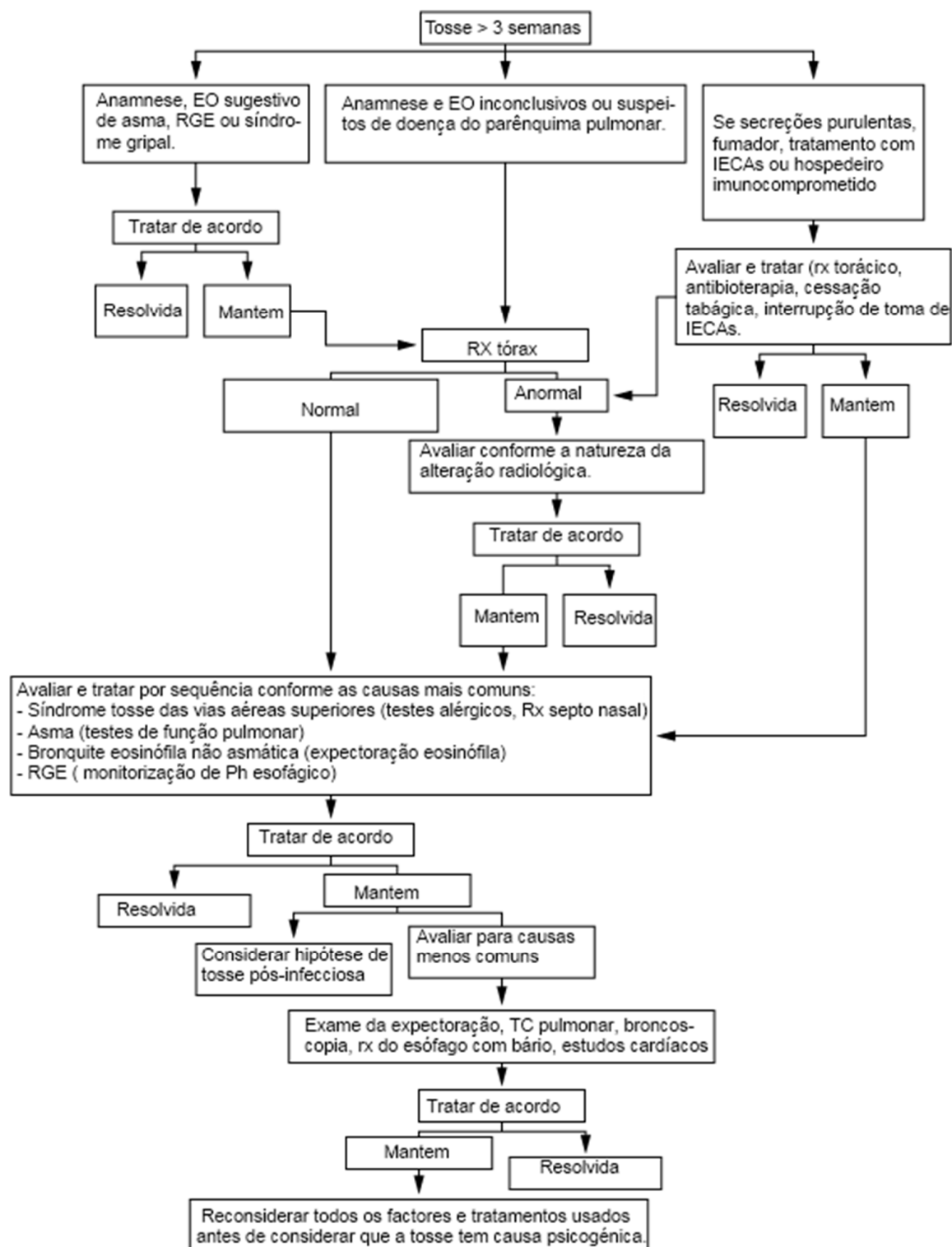


Descubra o que pode fazer hoje pela sua saúde óssea.

Diário 17- 01-2011

Centro de Saúde S. João

Iniciais	Idade/Género	Motivo Consulta	Problemas Saúde	Referência	Retorno
A. V. F. C.	46a Masculino	Renovação de ITA* por fractura do perónio.	Dislipidemia.		Ortopedia
J. A. M. M.	63a Masculino	Refere incapacidade em ejacular que relaciona com início toma de Tansulozina (há 6 meses).	Dislipidemia. Diabetes Mellitus II. Hiperplasia benigna da próstata.		
G. S. C.	3a Feminino	Consulta Programa Infantil - 3 anos. Criança de desenvolvimento normal.			
P. I. V. L. S.	29a Feminino	Perturbações do sono. Ansiedade.	Depressão.		
E. M. F. S.	45a Feminino	Consulta de controle de dislipidemia. Ver estudo analítico.	Hipercolesterolemia.		
J. M. V.	49a Masculino	Consulta de HTA. Ver resultado de ECG e estudo analítico.	HTA com envolvimento de órgão alvo. Enfarte agudo do Miocárdio (2001).		
R. F. B. F.	45a Feminino	Renovação de ITA* por lombalgia bilateral incapacitante. Ver resultado Rx lombossagrado.	Espondilartrose e discartrose lombar (seguida em Ortopedia no H. Prelada)		
M. F. A. C. S.	77a Feminino	Prescrição de medicação. Pedido estudo analítico alargado.	Diabetes Mellitus II com atingimento de órgãos alvo. IRC.		Nefrologia



Data de Colheita da História Clínica: 02 de Fevereiro de 2011

Local: Domicílio, Rua S. Pedro Fins, nº 21 Caires, Amares, Braga

Fonte de informação: Baseada nos dados fornecidos pela doente, marido e 2 filhas.

Fiabilidade da informação: Aparentemente credível

IDENTIFICAÇÃO

E. C. A., 79 anos, sexo feminino, caucasiana, natural de Ferreiros e residente em Caires, Amares.

Casada e reformada (agricultura).

ANTECEDENTES PESSOAIS FISIOLÓGICOS

Alimentação variada, dieta pastosa com restrição de sal.

4-5 Refeições diárias.

Nega consumo tabágico ou alcoólico.

PVN actualizado. Toma da vacina da gripe.

Nega alergias.

Reside com marido. Uma filha passa o período diurno com a mãe e alterna-se nos períodos nocturnos com outra filha. Dependente para as AVD.

História Profissional

Não frequentou a escola mas aprendeu a ler e a escrever o básico com o marido, que estudou até à 4ª classe.

Trabalhou como agricultora dos 10 aos 76 anos. Actualmente reformada.

História ginecológica

Não soube especificar idade da menarca nem características dos cataménios ou interlúnios.

Coitarca aos 22 anos. 1 Parceiro sexual.

Sem uso de método contraceptivo.

Menopausa: 45-50 anos (não soube especificar idade). Não efectuou terapêutica hormonal de substituição.

Refere episódio de candidíase vaginal em 2008, ITUs de repetição, última em Nov 2009. Nega doenças sexualmente transmissíveis, doença inflamatória pélvica e outras doenças do foro ginecológico.

Diário 10-02-2011
Centro de Saúde Amares

Iniciais	Idade/Gênero	Motivo Consulta	Problemas Saúde	Referência	Retorno
S. A. S. C.	28a Feminino	Dor epigástrica. Pedido EDA.	HTA. Gastrite?		
E. S. S. A.	29a Feminino	Rinorreia. Tosse. Cansaço. Febrícula. CIT*.	Síndrome Gripal.		
H. F.	32a Masculino	Mialgias. Febre. Tosse.	Síndrome Gripal.		
A. C. P. F.	43a Feminino	Tosse. Dispneia. Rinorreia. Febre. CIT*.	Síndrome Gripal.		SU do HSM
G. S. A.	2a Masculino	Em tratamento para otite/inf. respiratória. Refere, de novo, aftas e vômitos.	Infecção respiratória. Otite. Convulsões febris. Hérnia umbilical. Fimose.		
G. P. R.	53a Masculino	Mostrar resultado de estudo analítico. Paciente não cumpre medicação e altera algumas por iniciativa própria.	Gastrite. Hiperuricemia. Dislipidemia. HTA. Afecção fúngica do couro cabeludo.		Dermatologia
D. S.	78a Masculino	Mostrar resultados de estudo de função respiratória e estudo analítico.	DPOC. HTA. HBP. Hérnia inguinal à esq.(corrigida em cirurgia com protese)		
M. A. P. S.	59a Masculino	Dor torácica em aperto, intermitente. Mostrar resultado de Rx calcâneo, Ecocardiograma TransT, ecografia abdominal e prostática.	HTA. HBP. Esporões calcâneo posterior bilateralmente.		
R. S. P. O.	57a Feminino	Mostrar resultados de estudo analítico. Mantem cervicalgia e braquialgia (por alterações degenerativas). Passada credencial para MFR.	Úlcera gástrica (seguida em Gastro HSM). Gonartrose bilateral. Tendinite da coifa dos rotadores e epicondilite cotovelo dto. Depressão. Asma.	MFR	Ortopedia