

Caro colega,

É com um espírito de partilha e inter-ajuda que disponibilizo este currículo. Não que ele seja melhor ou mais completo que outros, mas porque é sempre útil conhecer perspectivas e modos de abordagem diferentes. Quanto mais largos forem os horizontes dos quais partimos, mais exigente pode ser o processo de escolha daquilo que queremos para nós próprios.

Porém, é com pesar que vejo que continuam a ser poucos os que tomam a iniciativa de partilhar o seu trabalho com os outros. Espero que o leitor, quando terminar o seu currículo, se inclua neste grupo que queremos cada vez maior. No momento em que escrevo, existem diversas opções para fazer esta partilha. A mais fácil será provavelmente a utilização dos arquivos do grupo de discussão MGF_XXI ou a «Biblioteca virtual» deste grupo. Se tiver dificuldade em fazê-lo, não hesite em pedir ajuda. Certamente alguém dentro da comunidade de internos de MGF o ajudará a ultrapassar as barreiras técnicas.

Peço-lhe também que, caso este currículo lhe tenha sido útil de alguma forma, o cite nas suas referências bibliográficas. Este é um passo essencial para que outros possam confiar os seus trabalhos a toda a comunidade de internos de Medicina Geral e Familiar.

Oeiras, Janeiro de 2010

Daniel Pinto

Endereço do grupo MGF_XXI: http://br.groups.yahoo.com/group/MGF_XXI/

Como citar este documento:

Pinto, D. *Curriculum vitae* para a prova de avaliação final do Internato de Medicina Geral e Familiar. Vol I, Corpo curricular [Internet]. Oeiras, Janeiro 2010. Disponível em: http://danielpinto.net/trabalhos/cv_internato.pdf [acedido a dd/mm/aaaa]

Distribuído sob a licença «Atribuição - Uso Não-Comercial –Partilha nos Termos da Mesma Licença 2.5» Creative Commons

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pt/legalcode>



Distribuído sob a licença «Atribuição - Uso Não-Comercial –Partilha nos Termos da Mesma Licença 2.5» Creative Commons

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pt/legalcode>



O utilizador pode:



copiar, distribuir, exhibir e executar a obra



criar obras derivadas

Sob as seguintes condições:



Atribuição. O utilizador deve dar crédito ao autor original, da forma especificada pelo autor ou licenciante.



Uso Não-Comercial. O utilizador não pode utilizar esta obra para fins comerciais.



Partilha nos termos da mesma Licença. Se alterar, transformar, ou criar outra obra com base nesta, só poderá distribuir a obra resultante através de uma licença idêntica a esta.

- Para cada reutilização ou distribuição, deverá deixar claro para outros os termos da licença desta obra.
- Qualquer uma destas condições podem ser renunciadas, desde que obtenha permissão por parte do autor.
- Nothing in this license impairs or restricts the author's moral rights.

Curriculum vitae

Volume I Corpo curricular

Daniel José Leiras Leal Pinto
Janeiro 2010

Curriculum vitae destinado à prova curricular de avaliação final do Internato Médico de Medicina Geral e Familiar – 30º curso da Coordenação do Internato de Medicina Geral e Familiar da Zona Sul

AGRADECIMENTOS

À minha família, pelo apoio incondicional

À Rita e à Susana por me terem integrado e apoiado desde o início do internato

À Carolina e à Salomé, companheiras de percurso, e a todos os internos do

CS de Oeiras pela camaradagem

Aos profissionais da USF São Julião, por me mostrarem o que é uma equipa

Ao Dr. José Mendes Nunes por ter sido a bússola que me guiou durante o internato

ABREVIATURAS

	Disponível no CD
	Disponível no volume II
ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
AMI	Assistência Médica Internacional
APDP	Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal
APMCG	Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral
ARS	Administração Regional de Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CHCR	Centro Hospitalar de Caldas da Rainha
CHLO	Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental
CIMGF	Coordenação de Internato de Medicina Geral e Familiar
CNMI	Conselho Nacional do Médico Interno
CS	Centro de Saúde
CTG	Cardiotocograma
DIU	Dispositivo Intra-Uterino
EIO	Equipa Integrada de Orientadores
HEM	Hospital Egas Moniz
HSAC	Hospital de Santo António dos Capuchos
HSFX	Hospital de São Francisco Xavier
HSM	Hospital de Santa Maria
ICD-10	Classificação Internacional de Doenças - 10ª edição [International Classification of Diseases - 10th edition]
ICPC-2	Classificação Internacional de Cuidados Primários – 2ª edição [International Classification for Primary Care - 2nd edition]
LSIL	Low-grade Squamous Intraepithelial Lesion
MGF	Medicina Geral e Familiar
NE	Não Especificado
ORL	Otorrinolaringologia
PDA	Personal Digital Assistant
SAM	Sistema de Apoio ao Médico
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SINUS	Sistema de Informação para Unidades de Saúde
USF	Unidade de Saúde Familiar
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana
WONCA	World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

ÍNDICE

Preâmbulo	1
Parte I – Identificação e Dados Biográficos	3
Identificação	5
Biografia	6
Parte II – Fase Pré-Formação Específica	7
Estágios Pré-Graduados	9
Ano Comum	11
Parte III – Internato Médico de Medicina Geral e Familiar	13
Introdução	15
Estágios Hospitalares Obrigatórios	17
Estágio de Pediatria	17
Estágio de Obstetrícia	24
Estágio de Medicina de Urgência	30
Estágio de Saúde Mental	34
Estágios Opcionais	40
Estágio de Ginecologia	40
Estágio de Otorrinolaringologia	45
Estágio de Dermatologia	49
Estágio de Diabetologia	54
Estágio de Medicina Geral e Familiar	59
Caracterização do concelho de Oeiras	59
ACES	61
O Centro de Saúde	61
A lista de utentes	70
Utilizadores	70
Escolaridade	71
Situação profissional	71
Hábitos	71
Índice de massa corporal	72
Estado civil	72
Famílias	72
Problemas	73
Grupos com necessidades específicas	75
Causas de morte	80
Indicadores de utilização	80
Vacinação	80
Rastreio oncológico	82
Organização da consulta	82
Consultas	83
Utilizadores	85
Grau de participação	85
Saúde de adultos	87

Saúde infantil e juvenil.	89
Saúde materna.	91
Planeamento familiar.	92
Rastreio oncológico.	95
Consulta domiciliária.	96
Consulta do dia.	97
Consulta de inter-substituição.	100
Contactos indirectos.	101
Grupos com necessidades especiais.	102
Avaliação da qualidade dos registos.	107
Duração das consultas.	109
Videogravações.	109
Conclusão.	110
Promoção institucional.	111
Participação em grupos de trabalho.	111
Participação em sessões clínicas.	112
Participação em núcleos de formação e/ou documentação.	112
Actividades de investigação.	113
Outras actividades desenvolvidas no âmbito da MGF.	114
Estágios com outros médicos de família.	114
Actividades de enfermagem.	115
Reuniões da Direcção de Internato.	115
Grupo Balint.	115
Cursos e actividades de actualização.	117
Cursos curriculares da Coordenação de Internato.	117
Cursos Extra-Curriculares.	118
Outras formas de actualização.	120
Congressos, jornadas e encontros.	121
Actividade científica.	124
Artigos Publicados.	124
Comunicações Orais.	125
Posters.	126
Comunicações em Reuniões de Serviço.	126
Outros.	128
Prémios.	128
Parte IV Actividades extra-curriculares.	129
Actividades como formador.	131
Organização de eventos científicos.	131
Versão electrónica da ICPC – 2.	132
Ordem dos Médicos.	132
Revista Portuguesa de Clínica Geral.	133
Comentário final.	135
Referências.	136

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro I. Cronograma dos estágios do 6º ano da licenciatura	9
Quadro II. Cronograma dos estágios do Ano Comum	11
Quadro III. Cronograma dos estágios durante a formação específica em MGF	15
Quadro IV. Problemas registados no berçário	18
Quadro V. Consultas registadas durante o estágio de pediatria	18
Quadro VI. Problemas mais frequentes no estágio de pediatria	20
Quadro VII. Problemas mais frequentes na urgência pediátrica	22
Quadro X. Problemas mais frequentes na consulta de obstetrícia	25
Quadro VIII. Distribuição etária das grávidas observadas no estágio de obstetrícia	25
Quadro IX. Idade gestacional das grávidas observadas no estágio de obstetrícia	25
Quadro XI. Distribuição etária das mulheres observadas na urgência de ginecologia e obstetrícia	27
Quadro XIII. Problemas mais frequentes na urgência de ginecologia e obstetrícia	28
Quadro XII. Idade gestacional, em semanas, das grávidas observadas na urgência de obstetrícia	28
Quadro XIV. Problemas mais frequentes na valência de cirurgia do estágio de medicina de urgência	31
Quadro XV. Problemas mais frequentes na valência de medicina do estágio de medicina de urgência	32
Quadro XVI. Problemas mais frequentes na valência de ortopedia do estágio de medicina de urgência	33
Quadro XVII. Consultas registadas no estágio de saúde mental	35
Quadro XVIII. Problemas mais frequentes no estágio de saúde mental	36
Quadro XIX. Número de psicofármacos prescritos por doente no estágio de saúde mental	36
Quadro XX. Psicofármacos mais prescritos no estágio de saúde mental	37
Quadro XXI. Atitude perante a referenciação no estágio de saúde mental	37
Quadro XXII. Consultas de ginecologia	40
Quadro XXIII. Problemas mais frequentes no estágio de ginecologia	42
Quadro XXV. Atitude perante a referenciação no estágio de ginecologia	43
Quadro XXIV. Gestos praticados durante o estágio de ginecologia	43
Quadro XXVI. Aprendizagem no estágio de ginecologia	44
Quadro XXVII. Grau de participação no estágio de ginecologia	45
Quadro XXVIII. Problemas mais frequentes na consulta de ORL	46
Quadro XXIX. Problemas mais frequentes na urgência de ORL	48
Quadro XXX. Consultas registadas no estágio de dermatologia	50
Quadro XXXI. Problemas mais frequentes no estágio de dermatologia	51
Quadro XXXII. Atitude perante a referenciação no estágio de dermatologia	52
Quadro XXXIII. Problemas mais frequentes nas consultas de diabetologia e cardiologia	55
Quadro XXXIV. Comparação da população de Oeiras com a população de Portugal	60
Quadro XXXV. Profissionais ao serviço do ACES de Oeiras	63
Quadro XXXVI. Utentes inscritos por unidade do ACES	65
Quadro XXXVII. Indicadores de utilização da USF São Julião	67
Quadro XXXVIII. Precocidade das consultas de saúde infantil e saúde materna	68
Quadro XXXIX. Taxa de cobertura vacinal na USF São Julião	68
Quadro XL. Redes de referenciação hospitalar do Centro de Saúde de Oeiras	69
Quadro XLI. Tempo decorrido desde a última consulta	70
Quadro XLIV. Hábitos dos utentes com 16 ou mais anos	71

Quadro LXXX. Principais motivos de consulta, problemas e procedimentos para contactos indirectos.	102
Quadro LXXXI. Controlo dos valores tensionais nas consultas de HTA	103
Quadro LXXXII. Fármacos usados pelos utentes com HTA	103
Quadro LXXXIV. Fármacos usados pelos utentes com diabetes	104
Quadro LXXXIII. Valores de hemoglobina A1C nos utentes diabéticos	104
Quadro LXXXV. Estado da função e tipo de tratamento nos utentes com doença da tiróide.....	105
Quadro LXXXVI. Fármacos usados pelos utentes com depressão	105
Quadro LXXXVII. Controlo dos valores de lípidos nas consultas de dislipidémia.....	106
Quadro LXXXVIII. Resultados dos testes de rastreio oncológico.....	107
Quadro LXXXIX. Duração das consultas, por tipo	109
Quadro XC. Cursos de actualização frequentados.....	118
Quadro XCI. Participação em congressos, jornadas e encontros.....	121
Quadro XCII. Prémios atribuídos a trabalhos científicos	128

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Pirâmide etária das crianças observadas na consulta de pediatria	19
Figura 2. Atitude perante a referenciação ao longo do estágio de pediatria	21
Figura 3. Evolução da aprendizagem ao longo do estágio de pediatria	21
Figura 4. Pirâmide etária das crianças observadas na urgência pediátrica	22
Figura 5. Grau de participação na urgência pediátrica ao longo do estágio	23
Figura 6. Atitude perante a referenciação ao longo do estágio de obstetrícia	26
Figura 7. Evolução da aprendizagem ao longo do estágio de obstetrícia	26
Figura 8. Grau de participação na urgência de ginecologia e obstetrícia ao longo do estágio	29
Figura 9. Pirâmide etária dos utentes observados durante o estágio de medicina de urgência	31
Figura 10. Pirâmide etária dos utentes observados durante o estágio de saúde mental	35
Figura 11. Evolução das atitudes ao longo das consultas do programa DepAnx	38
Figura 12. Evolução da aprendizagem ao longo das consultas do programa DepAnx	38
Figura 13. Distribuição etária das utentes observadas durante o estágio de ginecologia	41
Figura 14. Evolução das atitudes ao longo do estágio na consulta de ginecologia médica	44
Figura 15. Pirâmide etária dos utentes observados durante o estágio de ORL	46
Figura 16. Atitude perante a referenciação nas consultas de ORL	47
Figura 17. Evolução da aprendizagem ao longo do estágio de ORL	48
Figura 18. Pirâmide etária dos utentes observados durante o estágio de dermatologia	50
Figura 19. Evolução das atitudes ao longo do estágio de dermatologia	53
Figura 20. Evolução da aprendizagem ao longo do estágio de dermatologia	53
Figura 21. Pirâmide etária dos doentes observados no estágio de diabetologia	56
Figura 23. Evolução da aprendizagem ao longo do estágio de diabetologia	57
Figura 24. Grau de participação nas consultas ao longo do estágio de diabetologia	57
Figura 25. Imagem de satélite do concelho de Oeiras	59
Figura 26. Vista de satélite da sede do centro de saúde de Oeiras e área envolvente	61
Figura 27. Esquema da sede do centro de Saúde de Oeiras	62
Figura 28. Distribuição etária dos utentes inscritos no centro de saúde de Oeiras	66
Figura 29. Pirâmide etária dos utentes inscritos na USF São Julião	66
Figura 30. Pirâmide etária da lista de utentes do orientador	70
Figura 31. Distribuição dos utentes hipertensos e prevalência da hipertensão arterial por faixa etária	75
Figura 32. Distribuição dos utentes diabéticos e prevalência da diabetes mellitus por faixa etária	76
Figura 33. Distribuição dos utentes com dislipidémia e prevalência por faixa etária	77
Figura 34. Distribuição dos utentes com depressão e prevalência por faixa etária	77
Figura 35. Distribuição dos utentes asmáticos e prevalência da asma por faixa etária	78
Figura 36. Comparação das pirâmides etárias do ficheiro e dos utentes observados em consulta	86
Figura 37. Proporção de consultas realizadas autonomamente por mim ao longo dos estágios de MG	87
Figura 38. Comparação dos resultados da avaliação da qualidade de registos nos estágios de MGF-1, MGF-2 e MGF-3	108

PREÂMBULO

Antes de começar este currículo, parece-me essencial abordar brevemente as razões que me levaram a abraçar a especialidade de Medicina Geral e Familiar como minha. Essencial, porque o meu papel de interno não pode ser desligado do meu papel de médico e este, por seu turno, é uma parte importante de quem sou como pessoa e, ao mesmo tempo, reflecte-o.

O meu contacto pessoal com a MGF antes de estudar medicina era quase nulo. Praticamente não me recordo das minhas consultas de saúde infantil e a partir de determinada idade os contactos com os médicos aconteciam esporadicamente, quando adoecia, geralmente numa consulta de urgência fora do Serviço Nacional de Saúde.

Parti, pois, para a faculdade sem qualquer ideia pré-formada em relação à MGF. Durante os primeiros anos do curso não houve qualquer propensão para a escolha de uma especialidade futura. Só a partir do 3º ano começou a existir alguma inclinação para a cirurgia geral. O poder curativo da cirurgia fascinava-me (e ainda fascina) e o estágio de Introdução à Clínica, no serviço de Cirurgia do Hospital da Força Aérea, foi decisivo no estabelecimento deste pendor. Durante o 4º ano continuei enamorado pela cirurgia geral, sempre a geral. Já então não me via como super-especialista ou, pedindo emprestado um aforismo, “conhecedor de tudo sobre quase nada”. Os meus colegas, com alguma clarividência que agora percebo, diziam-me que ficaria melhor como médico de família, fruto da minha tendência para fustigar alguns dos seus hábitos menos saudáveis.

O 5º ano trouxe um novo paradigma com a cadeira de Clínica Geral. Ao contrário do que dizia a maioria dos médicos hospitalares, aqueles médicos de família que me davam aulas não lhes ficavam nada atrás. Mais que isso, havia uma perspectiva diferente que se podia sentir em alguns. O primado da doença passava ao primado do doente e, com mais algum esforço, passava-se do doente à pessoa. Mas não era uma pseudo- ou proto-ciência metafísica que ali estava, era uma disciplina rigorosa, com características distintas, que se impunha por mérito próprio. A medicina baseada na “evidência”, a qualidade de vida, a qualidade na prestação de cuidados e uma cultura de auto-avaliação não eram propriamente novos, eram porém vistos a uma nova luz. Decididamente a MGF passava para segundo lugar na minha lista de preferências, mas ainda era ultrapassada pela cirurgia geral.

No 6º ano veio finalmente o contacto com a prática clínica. Tanto o estágio de MGF como o de cirurgia geral superaram em muito as minhas expectativas, mas, por razões demasiado complexas ou subjectivas para que eu próprio as consiga apreender na sua totalidade, o resultado final foi uma subida da MGF no meu ranking pessoal, empatando com a cirurgia no primeiro lugar. Talvez porque no 6º ano houve o primeiro contacto com a prática da MGF e a realidade dos cuidados primários, que até então era apenas teórico. A vertente prática e clínica da cirurgia, por seu lado, já era conhecida desde o 4º ano.

Esta situação colocava-me perante um problema inesperado. Eu, que desde o 4º ano sabia que especialidade queria seguir, estava agora numa encruzilhada, incapaz de decidir em que direcção continuar. Durante os meses seguintes a hipótese da MGF foi ganhando consistência. O ponto decisivo foi provavelmente a minha experiência como clínico geral (e aqui quero mesmo distinguir clínico geral de médico de família) na missão da AMI em S. Tomé e Príncipe.ⁱ

A MGF era agora a minha especialidade. O excelente estágio no decurso do ano comum contribuiu em muito para reforçar esta decisão e, quando chegou o momento da escolha, não houve hesitação.

ⁱ Um relato exaustivo desta experiência sairia do âmbito deste currículo. No entanto, convido o leitor a folhear o meu diário de viagem em <http://stomeeprincipe.danielpinto.net/>.

PARTE I – IDENTIFICAÇÃO E DADOS BIOGRÁFICOS

IDENTIFICAÇÃO

Nome	Daniel José Leiras Leal Pinto
Data de nascimento	--
Naturalidade	--
Filiação	--
Residência	--
Bilhete de Identidade	--
Informação de contacto	
Telemóvel	--
Email	--
Inscrição em Sociedades Científicas / Profissionais	
Ordem dos Médicos	Cédula Profissional n.º --
APMCG	Sócio n.º --
Associação Portuguesa de	Sócio n.º --
Grupos Balint	

BIOGRAFIA

Nasci em Vila Nova de Gaia em 1981, tendo aí efectuado o ensino primário (Escola Primária da Madalena) e residido até 1992, altura em que a minha família se mudou para as Caldas da Rainha. Aqui frequentei o 2º e o 3º ciclos na Escola Básica 2/3 D. João II e o ensino secundário na Escola Secundária Rafael Bordalo Pinheiro [[Anexo 1](#) .

Concorri pela primeira vez ao ensino superior em 1999, falhando o objectivo de ingressar em medicina. Fui admitido no curso de medicina dentária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade de Lisboa. No ano 2000, voltei a concorrer ao curso de medicina, tendo sido admitido na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Obtive equivalência às cadeiras efectuadas no primeiro ano do curso de medicina dentária, tendo de imediato transitado para o segundo ano do curso de medicina.

Concluí a licenciatura em medicina no ano de 2005, com uma média final de 17 valores [[Anexo 2](#) ]. Durante o curso fui vogal da Direcção da Associação de Estudantes no mandato 2004/2005 [[Anexo 3](#) .

Entre 28 de Agosto e 6 de Novembro de 2005 fui voluntário na missão da Fundação AMI em São Tomé e Príncipe.

Durante o ano de 2006 realizei o Ano Comum no Centro Hospitalar de Caldas da Rainha e no Centro de Saúde de Caldas da Rainha [[Anexo 4](#) ]. Em Junho desse ano efectuei a Prova Nacional de Seriação do concurso do Internato Médico de 2006, obtendo a classificação de 70% (369º em 817 candidatos) [[Anexo 5](#) ]. Nessa altura, fui também eleito para o Conselho Nacional do Médico Interno da Ordem dos Médicos, mandato que terminou em 2009 [[Anexo 6](#) .

Em 2007 ingressei na área de especialização de Medicina Geral e Familiar no Centro de Saúde de Oeiras, integrando o 30º curso da Coordenação do Internato de Medicina Geral e Familiar da Zona Sul.

Em Janeiro de 2008 iniciei funções como editor-associado da Revista Portuguesa de Clínica Geral [[Anexo 7](#) .

PARTE II – FASE PRÉ-FORMAÇÃO ESPECÍFICA

ESTÁGIOS PRÉ-GRADUADOS

ESTÁGIOS VOLUNTÁRIOS PRÉ-LICENCIATURA

CURTOS ESTÁGIOS MÉDICOS EM FÉRIAS

Em 2003 e 2004 realizei dois estágios de 15 dias em cirurgia geral, no âmbito do programa “Cur-
tos Estágios Médicos em Férias” da Associação Nacional de Estudantes de Medicina. Ambos foram
realizados no serviço de Cirurgia do Centro Hospitalar de Caldas da Rainha. Durante estes estágios
acompanhei doentes internados na enfermaria, participei na observação de doentes no serviço de
urgência, treinei gestos de pequena-cirurgia e fui ajudante em cirurgias no bloco operatório [Anexo
8 ].

ESTÁGIO DE URGÊNCIA

Em 2004 realizei um estágio voluntário na urgência de cirurgia geral do Hospital Fernando da
Fonseca, organizado pela Associação de Estudantes da Faculdade de Medicina de Lisboa. Durante
o estágio estive na sala de pequena-cirurgia, onde treinei a avaliação de feridas e traumatismos e
técnicas de anestesia local, sutura, drenagem de abscessos e tratamento de queimaduras.

ESTÁGIO CLÍNICO DO 6º ANO

O estágio clínico do 6º ano teve a duração de 40 semanas e englobou as valências obrigatórias
de medicina interna, medicina geral e familiar, pediatria, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia e
psiquiatria e os estágios optativos em anestesiologia e cirurgia cardiotorácica.

Quadro I. Cronograma dos estágios do 6º ano da licenciatura.

2004	2005						
Medicina interna	MGF	Pediatria	Cirurgia geral	Gin/ Obst	Psi	A	CT

Gin/Obst – Ginecologia e Obstetrícia. Psi – Psiquiatria. A – Anestesiologia. CT – Cirurgia Cardiotorácica.

MEDICINA INTERNA

O estágio de medicina interna decorreu no serviço de medicina do Hospital Garcia d’Orta, sob
orientação do Dr. João Namora. Durante o estágio integrei-me nas rotinas do serviço, colaborei na
assistência aos doentes internados e no serviço de urgência. Treinei a colheita da história clínica, o
exame objectivo e algumas técnicas como a gasometria arterial. Com o apoio do orientador, desen-
volvi os meus conhecimentos na selecção e interpretação de exames complementares de diagnóstico
e na terapêutica farmacológica.

MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Este estágio aconteceu na extensão de Tornada do centro de saúde de Caldas da Rainha, sob orien-
tação da Dra. Ana Pisco. Foi o meu primeiro contacto mais aprofundado com a prática da Medicina
Geral e Familiar e deixou um impacto muito positivo. Participei nas várias valências da consulta
(adultos, saúde infantil, planeamento familiar, saúde materna e atendimento complementar), em
sessões de educação na escola primária da freguesia, aprendi a utilizar a ICPC-2 e apresentei um

relato de caso com o título “Colesterol – erro de laboratório?”, na reunião clínica do centro de saúde [Apêndice 1 

PEDIATRIA

A valência de pediatria foi realizada no serviço de cirurgia pediátrica do Hospital de Santa Maria, sob orientação da Dra. Miroslava Gonçalves. Contactei com uma área pouco abordada durante o curso, acompanhando crianças internadas antes e após as cirurgias, ajudando no bloco operatório e observando o papel do cirurgião pediátrico na urgência.

CIRURGIA GERAL

O estágio de cirurgia teve lugar no serviço de Cirurgia II do Hospital Fernando da Fonseca, sob orientação do Dr. Vasco Geraldês. Tal como na medicina interna, participei activamente no trabalho de enfermagem acompanhando os doentes internados. Ajudei em diversas cirurgias no bloco operatório, pude praticar as técnicas de pequena-cirurgia na urgência e observei por vezes as consultas externas.

GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

Este estágio decorreu no serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Santa Maria, sob orientação do Dr. Alexandre Lourenço. O estágio foi dividido em duas semanas passadas no internamento de obstetrícia, onde acompanhei mulheres internadas por gravidez de alto risco de diversas etiologias ou após aborto com complicações. A segunda metade foi passada com a equipa de ginecologia cirúrgica, acompanhando as doentes internadas, ajudando nas cirurgias e realizando várias consultas com o apoio do orientador.

PSIQUIATRIA

O estágio teve lugar na clínica psiquiátrica II do Hospital Júlio de Matos, sob orientação do Dr. António Fonte. Treinei a história clínica psiquiátrica em doentes internados, assisti a sessões de grupo, às consultas no Hospital Júlio de Matos e a consultas feitas pelo meu orientador no Hospital de Vila Franca de Xira.

ANESTESIOLOGIA

Escolhi este estágio opcional por entender a Anestesiologia como uma especialidade fundamental para o funcionamento de um hospital e quase não ter tido contacto com ela durante o curso. O estágio decorreu no serviço de anestesiologia do Hospital de Santa Marta, onde acompanhei os anestesistas nas valências de cirurgia vascular e cirurgia cardiotorácica. Ambas são muito exigentes para o anestesista, pela intervenção e por serem habitualmente operados doentes de risco. Fiquei a conhecer melhor o papel desta especialidade e o seu campo de actuação.

CIRURGIA CARDIOTORÁCICA

Escolhi o estágio pelo meu gosto pela cirurgia e curiosidade em conhecer esta especialidade. Decorreu no serviço de cirurgia cardiotorácica do Hospital de Santa Marta, sobretudo assistindo e ajudando às intervenções no bloco operatório, mas também seguindo alguns doentes na unidade de cuidados intensivos.

ANO COMUM

Realizei o Ano Comum entre Janeiro e Dezembro de 2006 no Centro Hospitalar de Caldas da Rainha e no Centro de Saúde de Caldas da Rainha (Quadro II) [Anexo 4 

Quadro II. Cronograma dos estágios do Ano Comum.

Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Cuidados de Saúde Primários			Cirurgia Geral		Obstetrícia	Pediatría		Medicina Interna			

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Extensão de Tornada e Serviço de Saúde Pública – CS de Caldas da Rainha,
1 de Janeiro a 31 de Março de 2006

Este estágio decorreu sob a orientação da Dra. Ana Pisco (médica de família) e do Dr. Jorge Nunes (médico de saúde pública). No centro de saúde comecei por observar as consultas das diversas valências: saúde de adultos, diabetes, hipertensão, saúde infantil, planeamento familiar e saúde materna. Ao longo do estágio fui adquirindo progressivamente maior autonomia, começando por colaborar nos registos e depois realizando algumas consultas de adultos. Pude ainda praticar a realização do exame objectivo no adulto, na criança, na grávida, o exame ginecológico e realização de colpocitologias. Fiz um período de seis horas semanais de atendimento complementar sob orientação da Dra. Tânia Silva. Em três períodos (manhãs ou tardes) semanais estava na Saúde Pública, onde realizei diversos exames para obtenção de carta de condução, observei algumas juntas médicas, observei o trabalho das técnicas de saúde ambiental (em piscinas, escolas, cantinas e estabelecimentos de restauração), participei em sessões de educação para a saúde em escolas, num rastreio populacional de doenças cardiovasculares e num curso de Qualidade e Higiene alimentar [Anexo 10 

Durante este estágio realizei um trabalho de investigação com o título “Adesão à terapêutica anti-hipertensiva em doentes diabéticos”, apresentado em reunião clínica do centro de saúde e no VII Encontro Conimbrigae Salus (onde recebeu uma menção honrosa [Anexo 11 

CIRURGIA GERAL

Serviço de Cirurgia – CHCR, 1 de Abril a 31 de Maio de 2006

Durante o estágio de cirurgia geral participei na actividade da enfermaria, observando doentes internados, fazendo notas de internamento e de alta e discutindo a terapêutica com os médicos do serviço; no bloco operatório, onde observei e ajudei em diversas cirurgias; e no serviço de urgência, onde melhorei competências na abordagem de diversa patologia cirúrgica – abdómen agudo, traumatismos torácicos, politraumatizados, infecções cutâneas, etc. – e pratiquei as técnicas de pequena cirurgia.

OBSTETRÍCIA

Serviço de Ginecologia e Obstetrícia – CHCR, 1 a 30 de Junho de 2006

Neste estágio procurei sobretudo assistir às consultas de vigilância de gravidez, por ser a actividade que me seria mais útil para a especialidade de MGF. Participei também na visita à enfermaria (comum à ginecologia e à obstetrícia), no atendimento de urgência e ajudei em algumas cirurgias ginecológicas.

PEDIATRIA

Serviço de Pediatria – CHCR, 1 de Julho a 31 de Agosto de 2006

O estágio de pediatria permitiu-me desenvolver os conhecimentos em pediatria geral, uma área onde tinha lacunas importantes (em parte por o estágio do 6º ano ter sido feito apenas em cirurgia pediátrica). Durante três semanas observei os recém-nascidos no berçário, melhorando a minha acuidade diagnóstica neste grupo. No resto do estágio assisti a consultas de pediatria e de algumas sub-especialidades (nomeadamente nefrologia e alergologia pediátricas). Por já estar vocacionado para a MGF, decidi, em conjunto com a Directora de Serviço, que seria mais produtivo continuar nas consultas externas em vez de passar parte do estágio na enfermaria. Participei activamente no serviço de urgência (um dia por semana), observando as crianças com a ajuda dos pediatras e internos de pediatria.

MEDICINA INTERNA

Serviço de Medicina Interna – CHCR, 1 de Setembro a 31 de Dezembro de 2006

No estágio de medicina interna fui responsável (sempre supervisionado) por algumas das camas do serviço. Habitualmente colhia a história clínica, observava os doentes, se necessário realizava algumas técnicas (gasometria arterial e electrocardiograma) e depois discutia o diagnóstico e terapêutica com um dos assistentes do serviço. Em seguida punha por escrito a história clínica de cada doente, uma tarefa morosa, mas que foi importante treinar nesta fase da formação. Por ser um hospital distrital, eram frequentemente internados na medicina interna doentes de outras especialidades que não tinham internamento autónomo, como cardiologia, oncologia, gastroenterologia e dermatologia. Este facto permitiu-me contactar com um leque de patologias mais variado. Em várias tardes de cada semana frequentei as consultas externas feitas pelos internistas do serviço, em especial as valências de medicina interna, hipertensão arterial, doenças auto-imunes e VIH/SIDA (uma área complexa, com a qual praticamente não tinha contactado durante o curso). No serviço de urgência observei, com ajuda do orientador, doentes em balcão e na sala de observações, adquirindo competências na gestão de situações de doença aguda e por vezes grave. Durante o estágio apresentei um *journal club* em reunião clínica do serviço sobre o artigo “*Elevated troponin level is not synonymous with myocardial infarction*” [Apêndice 3 

PARTE III – INTERNATO MÉDICO DE
MEDICINA GERAL E FAMILIAR

INTRODUÇÃO

A formação no âmbito do internato médico de MGF decorreu sob orientação do Dr. José Mendes Nunes e teve a sua base no centro de saúde de Oeiras, em particular na USF São Julião de Oeiras. Os estágios hospitalares e opcionais foram realizados no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, no Hospital de Santa Maria, no Hospital de Santo António dos Capuchos e na Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal.

Durante os três anos de formação específica procurei atingir um conjunto de objectivos que foram estabelecidos nos planos pessoais de formação para cada estágio. Estes podem ser consultados no [Apêndice 4](#) . Em cada estágio foram delineadas estratégias que permitissem a aquisição progressiva de competências e conhecimentos essenciais à actividade do médico de família. Esta aquisição resultou em maior diferenciação técnico-científica, autonomia e responsabilidade na prestação de cuidados à lista de utentes.

CRONOGRAMA

A sequência de estágios efectuados é apresentada no Quadro III. Neste currículo começo por relatar os estágios hospitalares obrigatórios, depois os estágios opcionais e, finalmente, os três estágios de MGF no seu conjunto, destacando, sempre que pertinente, a evolução entre os estágios de MGF-1, MGF-2 e MGF-3.

Quadro III. Cronograma dos estágios durante a formação específica em MGF.

	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
2007	MGF-1						Pediatria			Obstetrícia		
2008	Ginecologia		ORL	Derm	Diabetologia		MGF-2					
	Medicina de Urgência											
2009	Saúde Mental			MGF-3								

ORL: Otorrinolaringologia. Derm: Dermatologia

GLOSSÁRIO

Para descrever os estágios da formação específica utilizo um conjunto de conceitos, cujo significado no contexto deste currículo importa esclarecer.

MODIFICAÇÃO DE ATITUDES

A modificação de atitudes perante a referenciação é um indicador do impacto que o estágio teve na minha formação. Este indicador permite identificar consultas chave em que houve uma modificação da minha atitude. Pretende também, se considerado ao longo do tempo, medir de forma indirecta a aprendizagem que vai acontecendo durante o estágio.

Em cada consulta dos estágios hospitalares e opcionais decidi se teria ou não referenciado a pessoa em dois momentos separados – o início e o final da consulta. Desta forma, existem quatro resultados possíveis:

- Referenciaria a pessoa antes da consulta e manteria essa referenciação no fim: indicando que considere os meus conhecimentos insuficientes para resolver o problema em questão ou que a abordagem deste deveria ser feita em cuidados secundários. Haveria, portanto, uma confirmação da atitude inicial.

- Não referenciaria a pessoa antes da consulta e continuaria a não referenciá-la no final: indicando que considerei que a pessoa poderia ser igualmente bem tratada por mim no centro de saúde e não necessitaria de ser vista naquela consulta. Aqui haveria também uma confirmação da atitude inicial.
- Referenciaria a pessoa antes da consulta, mas não no final: traduzindo uma aprendizagem significativa que decorreu durante o espaço da consulta, que me permitiria no futuro deixar de referenciar casos semelhantes. Haveria uma modificação da atitude inicial.
- Não referenciaria a pessoa antes da consulta, mas referenciá-la-ia no final: indicando que, apesar de inicialmente considerar que a pessoa não deveria ter sido referenciada, aprendi que havia um benefício com aquela consulta que não teria sido alcançado nos cuidados primários. Também aqui haveria uma modificação da atitude inicial.

APRENDIZAGEM

Apesar da mudança de atitudes poder dar alguma informação acerca da aprendizagem que vai sendo feita ao longo do estágio, fá-lo apenas de uma forma indirecta. Assim, para melhor caracterizar a aprendizagem que foi feita, registei também em cada consulta dos estágios hospitalares e opcionais o que achei ter aprendido. Operacionalizei esta variável em três categorias:

- Conhecimentos novos: quando aprendi algo de novo durante a consulta, independentemente de isso se traduzir ou não numa modificação de atitude;
- Consolidação de conhecimentos: quando o que aprendi não era novo, mas serviu para cimentar algo que já sabia;
- Sem aquisição de conhecimentos: quando a consulta não trouxe benefício a nível de conhecimentos.

GRAU DE PARTICIPAÇÃO

Nos estágios em que considerei pertinente, registei o meu grau de participação nas consultas, que dividi em:

- Observação: quando estive presente na consulta sem intervir;
- Ajudei o orientador: quando o orientador do estágio foi o responsável pela consulta, mas participei realizando uma parte do acto médico (registo da consulta, exame objectivo, prescrição, etc.);
- Feita por mim: quando fui responsável pela realização da consulta;
- Supervisão de aluno / interno: quando a consulta foi realizada por um aluno de medicina ou um interno mais novo, mas assumi a responsabilidade dos actos médicos praticados.

GESTOS

Em alguns estágios existiram procedimentos técnicos, habilidades ou gestos práticos (em inglês *skills*) que decidi salientar sob a designação comum de gestos. Os gestos registados foram seleccionados por a sua realização ser pouco frequente, de maior complexidade ou um objectivo específico daquele estágio.

ESTÁGIOS HOSPITALARES OBRIGATÓRIOS

Nos estágios hospitalares obrigatórios e estágios opcionais procurei registar um conjunto de variáveis para caracterização, por um lado, do conteúdo do estágio (sexo e idade das pessoas observadas, problemas de saúde encontrados, gestos executados e grau de participação) e, por outro, do impacto que esse estágio teve na minha formação (modificação de atitudes face à referenciação e auto-avaliação da aprendizagem). Este conjunto foi sendo adaptado às especificidades de cada estágio.

Optei por não registar sistematicamente os motivos de consulta porque: 1) na maioria dos casos o motivo de consulta hospitalar é coincidente com o diagnóstico; 2) por não ter realizado autonomamente a maioria das consultas, seria difícil fazer a clarificação dos motivos de consulta, algo que não é feito habitualmente fora da medicina geral e familiar.

ESTÁGIO DE PEDIATRIA

Serviço de Pediatria – HSFx, 1 de Julho a 31 de Outubro de 2007

Orientador: Dra. Maria Manuel Vilhena

ORGANIZAÇÃO DO ESTÁGIO

O estágio dividiu-se em três blocos: berçário, consulta de pediatria e urgência pediátrica. Assim, o primeiro mês foi passado no berçário da maternidade do HSFx e os restantes três meses do estágio foram destinados à consulta de pediatria. Durante todo o estágio fazia um período semanal de doze horas na urgência de pediatria.

BERÇÁRIO

No berçário, os internos de MGF eram responsáveis pela primeira observação do recém-nascido. Este trabalho também era realizado por alunos de medicina do 6º ano e internos do Ano Comum, que por vezes eu ajudava. Observei ainda bebés no segundo dia de vida, fruto da relação de confiança que se estabeleceu com os neonatologistas.

O trabalho diário começava pela consulta dos processos clínicos das mães e dos bebés. Era feita uma história obstétrica sumária, consultados o boletim da grávida e os dados do parto e verificada a presença ou ausência de factores de risco (infeccioso, incompatibilidade sanguínea, transmissão vertical ou outros) ou desvios da normalidade. Em seguida era feito o contacto com a mãe para completar a história clínica e depois a observação do bebé.

Durante o estágio observei 94 recém-nascidos, 45 rapazes e 49 meninas. Destes, 71 (75,5%) estavam nas primeiras 24 horas de vida, 22 no segundo dia (23,4%) e um no quinto dia (1,1%). Setenta e uma das observações foram feitas por mim autonomamente, colaborei em 14 casos e nos restantes 9 observei.

Nestes bebés registei 96 “problemas” de saúde (em média 1,0 por bebé). Os códigos da ICPC-2 mais frequentes foram A98 (medicina preventiva / manutenção de saúde) – nos bebés em que não existia qualquer alteração ao exame objectivo; K81 (sopro cardíaco / arterial NE) – todos correspondendo a sopros cardíacos (em quatro dos quais pude assistir ao ecocardiograma realizado subsequentemente); e L13 (sinal / sintoma da anca) – a que correspondem as alterações na manobra de *Ortolani* (Quadro IV).

Apesar de não ter procedido a um registo destes aspectos, notei uma elevada proporção de cesarianas e de bebés que nasceram antes das 38 semanas (foram raros os bebés de 40 semanas que observei). Outra situação que me marcou foi um bebé que bolsou enquanto eu o observava e ficou cianosado e sem respirar durante alguns segundos. Cheguei a levá-lo para a sala de reanimação, mas melhorou após ter realizado as manobras básicas de voltar de face para baixo e palmadas no dorso.

Quadro IV. Problemas registados no berçário.

Problema	n
A98: Medicina preventiva / manutenção da saúde	68
K81: Sopro cardíaco / arterial NE	9
L13: Sinal / sintoma da anca	4
D81: Malformação congénita do aparelho digestivo	2
K73: Malformação congénita do aparelho circulatório	2
L82: Malformação congénita músculo-esquelética	2
A90: Malformações congénitas NE / múltiplas	1
A94: Morbilidade perinatal, outra	1
L03: Sinal / sintoma da região lombar	1
L76: Fractura, outras	1
S16: Traumatismo / contusão	1
S81: Hemangioma / linfangioma	1
U85: Malformação congénita do aparelho urinário	1
Y82: Hipospádias	1
Y86: Hidrocelo	1
Total	96

CONSULTAS

No espaço da consulta de pediatria realizam-se as consultas de pediatria geral, de várias sub-especialidades pediátricas (adolescentes, desenvolvimento, endocrinologia, imunoalergologia, nefrologia, neonatologia, neurologia, pneumologia e transmissão vertical), de uma outra especialidade afim (cirurgia pediátrica) e duas outras consultas feitas por psicólogos e nutricionistas. Participei em 252 consultas (Quadro V).

A idade média das crianças que observei foi 4,8 anos, sendo a maioria do sexo masculino (Figura 1).

Quadro V. Consultas registadas durante o estágio de pediatria, por tipo.

Consulta	n
Imunoalergologia	66
Pediatria geral	55
Pneumologia	45
Nefrologia	29
Cirurgia pediátrica	24
Neurologia	19
Desenvolvimento	8
Endocrinologia	6
Total	252

Problemas

Em média, foram abordados em cada consulta 1,3 problemas. Os mais frequentes foram asma (R96) e respiração ruidosa (R03) (Quadro VI, página 20). No entanto, a este facto não é estranha a proporção de consultas de imunoalergologia e pneumologia a que assisti. É, pois, importante considerar os problemas mais frequentes em cada tipo de consulta, uma vez que estas diferem significativamente entre si.

Na consulta de pediatria geral houve uma grande variabilidade nos problemas registados. Os problemas mais frequentes foram as malformações congénitas, correspondendo às crianças com anomalias cromossómicas ou síndromas polimalformativas; as anemias hereditárias, com vários casos de drepanocitose e talassémia (cuja prevalência na consulta de pediatria geral muito se deve às populações de origem africana residentes no concelho de Oeiras); os atrasos de desenvolvimento estatura-ponderal; crianças sem doença na altura da avaliação, mas com factores de risco de transmissão vertical (sobretudo filhos de mães com hepatite C ou sífilis durante a gravidez); e anemia ferropénica. No total foram registados 44 códigos de problemas diferentes, muitos deles por uma única vez. De notar que o código medicina preventiva / manutenção da saúde (A98), o mais frequente nas consultas de saúde infantil do centro de saúde, foi registado apenas uma vez.

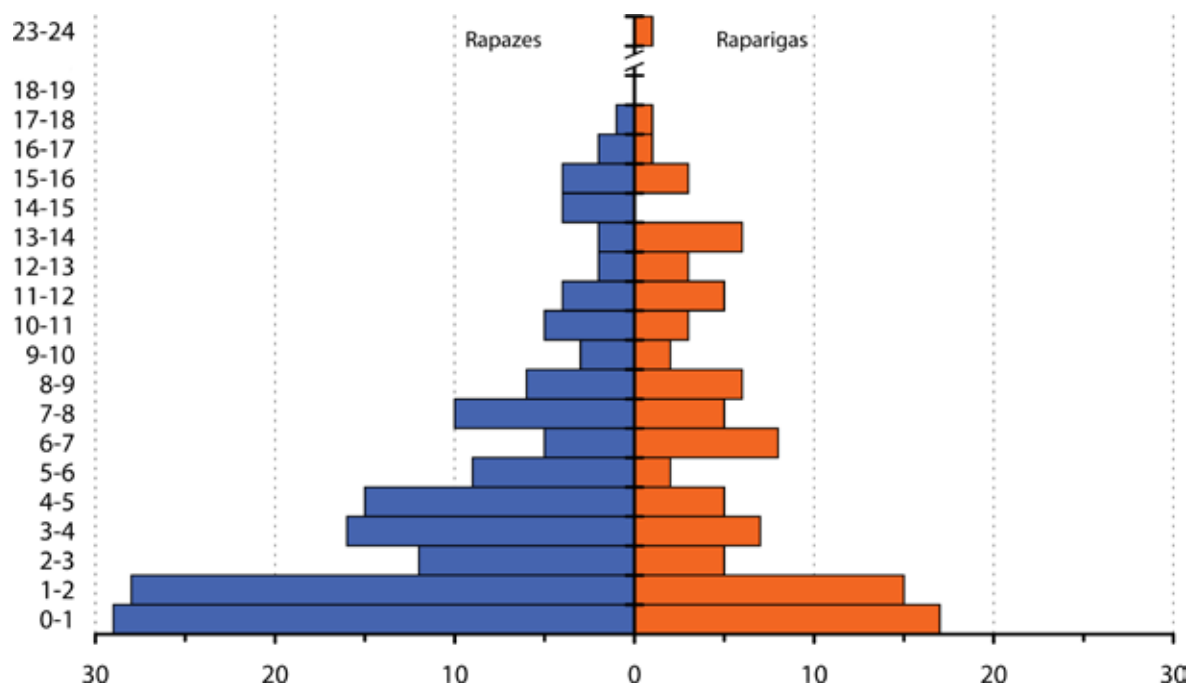


Figura 1. Pirâmide etária das crianças observadas na consulta de pediatria. Foi observada na consulta de neurologia uma rapariga fora da idade pediátrica (23 anos).

Na consulta de imunoalergologia observei sobretudo quatro problemas: asma, rinite alérgica, respiração ruidosa (a que correspondem principalmente casos de pieira recorrente em crianças com menos de 4 anos e sem critérios de asma) e eczema atópico. Assisti também frequentemente à realização de testes cutâneos para diagnóstico de alergias (*prick tests*).

Na consulta de pneumologia os problemas mais frequentes eram semelhantes aos das consultas de imunoalergologia. Observei também, mas em menor número, outros problemas respiratórios como bronquite crónica, sequelas de infecções respiratórias graves, apneia do sono, etc.

A maioria das crianças seguidas em nefrologia pediátrica tinha uma malformação congénita do aparelho urinário (dilatação pielocalicial, duplicação piélica ou outra), refluxo vesico-uretral ou mantinha vigilância após uma infecção urinária alta anterior (uma parte com cicatrizes renais e outras sequelas).

Na consulta de cirurgia pediátrica predominavam os problemas do aparelho genital masculino (fimose, aderências balano-prepuciais, hipospádias, hidrocelo, testículo não descido, etc.). Em algumas consultas assisti também a pequenos gestos cirúrgicos como descolamento de aderências balano-prepuciais ou dos pequenos lábios.

Na consulta de neurologia os problemas mais frequentes foram a epilepsia (cujo diagnóstico foi feito em algumas das consultas a que assisti), a perturbação de hiperactividade e défice de atenção e o atraso mental.

A maioria das crianças seguidas na consulta de desenvolvimento apresentava atraso mental, quase sempre como sequela de uma complicação do período neonatal. Em todas as consultas foi também feita a avaliação do desenvolvimento psico-motor.

Na endocrinologia pediátrica assisti apenas a seis consultas, duas delas de obesidade infantil (e observei as consultas de nutrição subsequentes).

Modificação de atitudes

A Figura 2 mostra a modificação da minha atitude perante a referenciação para o total de consultas e para as consultas de pediatria geral e imunoalergologia (aquelas em que estive presente em

Quadro VI. Problemas mais frequentes no estágio de pediatria, por tipo de consulta.

Problema	n
Pediatria geral	81
A90: Malformações congénitas NE / múltiplas	7
B78: Anemias hemolíticas hereditárias	6
T10: Atraso de crescimento	6
Outros	62
Imunoalergologia	97
R96: Asma	39
R97: Rinite alérgica	22
R03: Respiração ruidosa	11
Outros	25
Pneumologia	56
R03: Respiração ruidosa	20
R96: Asma	16
R97: Rinite alérgica	7
Outros	13
Nefrologia	39
U85: Malformação congénita do aparelho urinário	14
U70: Pielonefrite / pielite	7
U99: Doença urinária, outra	7
Outros	11
Cirurgia Pediátrica	24
Y81: Fimose / prepúcio redundante	6
Outros	18
Neurologia	22
N88: Epilepsia	6
P81: Perturbação hipercinética	6
P85: Atraso mental	3
Outros	7
Endocrinologia	6
T82: Obesidade	2
Outros	4
Desenvolvimento	9
P85: Atraso mental	4
Outros	5
Total	334
R96: Asma	55
R03: Respiração ruidosa	32
R97: Rinite alérgica	29
Outros	209

seis ou mais períodos de consulta). Ao longo do estágio há proporcionalmente uma diminuição das consultas em que referenciava antes e depois e um aumento daquelas em que não referenciaria ou modificaria a minha atitude deixando de referenciar. No entanto, há que ter em conta um possível factor de confundimento: a distribuição entre cada tipo de consulta não foi equilibrada ao longo do estágio. Houve consultas, como a nefrologia, a que assisti principalmente em Agosto e outras, como o desenvolvimento, a que fui só em Outubro. Apesar de haver algumas áreas em comum, o tipo de patologia observado difere consoante o tipo de consulta, de forma que a evolução das atitudes perante a referenciação é feita também separadamente em cada uma delas. Na consulta de pediatria geral

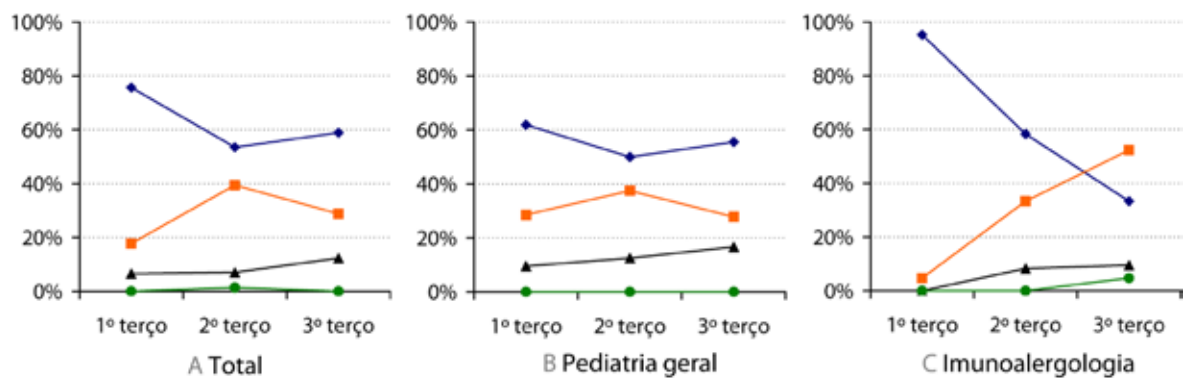


Figura 2. Atitude perante a referência ao longo do estágio de pediatria para o total de consultas (A; n=252), consultas de pediatria geral (B; n=55) e imunoalergologia (C; n=66). —◆— Referenciava antes e depois; —■— não referenciava antes nem depois; —▲— referenciava antes, mas não depois; —●— não referenciava antes, mas referenciava depois.

(painel B) e, sobretudo, na consulta de imunoalergologia (painel C) há uma diminuição progressiva da proporção de casos que referenciava e aumenta o número de consultas em que existe mudança de atitude.

Aprendizagem

A Figura 3 mostra a evolução da aprendizagem ao longo do estágio. Tal como com as atitudes perante a referência, pode haver aqui um factor de confundimento relacionado com a proporção de cada tipo de consulta em cada um dos meses de estágio. Da interpretação do painel A parece concluir-se que existiu um período a meio do estágio com menos aprendizagem que nos outros dois meses. No entanto, tal ficará a dever-se à distribuição não equitativa dos tipos de consulta presenciados. Em algumas subespecialidades como a nefrologia e a pneumologia, a maioria dos conhecimentos novos foi adquirida no primeiro mês de consulta e a diminuição de novas aprendizagens foi grande em Setembro, o que me levou a deixar de frequentar as consultas destas subespecialidades e procurar outras. Já os painéis B e C ilustram a evolução típica, com os novos conhecimentos a serem adquiridos sobretudo no período inicial e diminuindo progressivamente ao longo do estágio. No caso da consulta de imunoalergologia, a proporção de consultas em que não houve benefício ao nível dos conhecimentos foi importante no último terço das consultas a que assisti, o que deveria ter motivado a procura de consultas em outras subespecialidades. Contudo, tal não foi possível por um conjunto de factores que discutirei adiante. Já no caso da pediatria geral merece destaque o número reduzido de consultas em que não houve benefício ao nível dos conhecimentos.

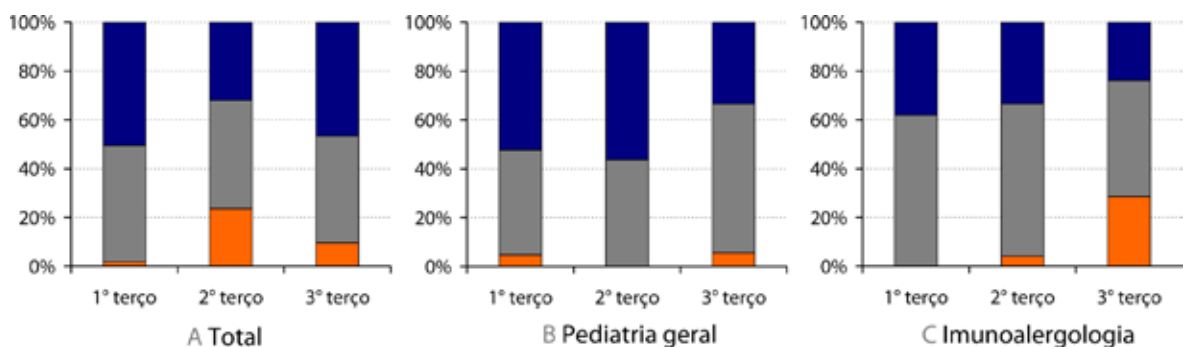


Figura 3. Evolução da aprendizagem ao longo do estágio de pediatria para o total de consultas (A; n=252), consultas de pediatria geral (B; n=55) e imunoalergologia (C; n=66). ■ Conhecimentos novos; ■ consolidação de conhecimentos; ■ sem aquisição de conhecimentos.

Grau de participação

Optei por não registar sistematicamente o grau de participação porque não era meu objectivo fazer autonomamente as consultas, mas antes aprender com colegas de outra especialidade (e não raramente com uma subespecialidade dentro da pediatria). Apesar disso, ajudei na realização do exame objectivo em parte das consultas e iniciei autonomamente algumas consultas de pediatria geral e imunoalergologia.

URGÊNCIA

Realizei um período de 12 horas de urgência uma vez por semana ao longo de todo o estágio. No hospital de São Francisco Xavier a urgência pediátrica era aberta ao exterior entre as 9 e as 22 horas (apesar de estar um médico em permanência durante as 24 horas). Durante este período registei 302 atendimentos. A maioria das crianças era do sexo masculino (60,9%). A idade média foi de 3,6 anos, variando entre os 12 dias e os 15 anos (Figura 4).

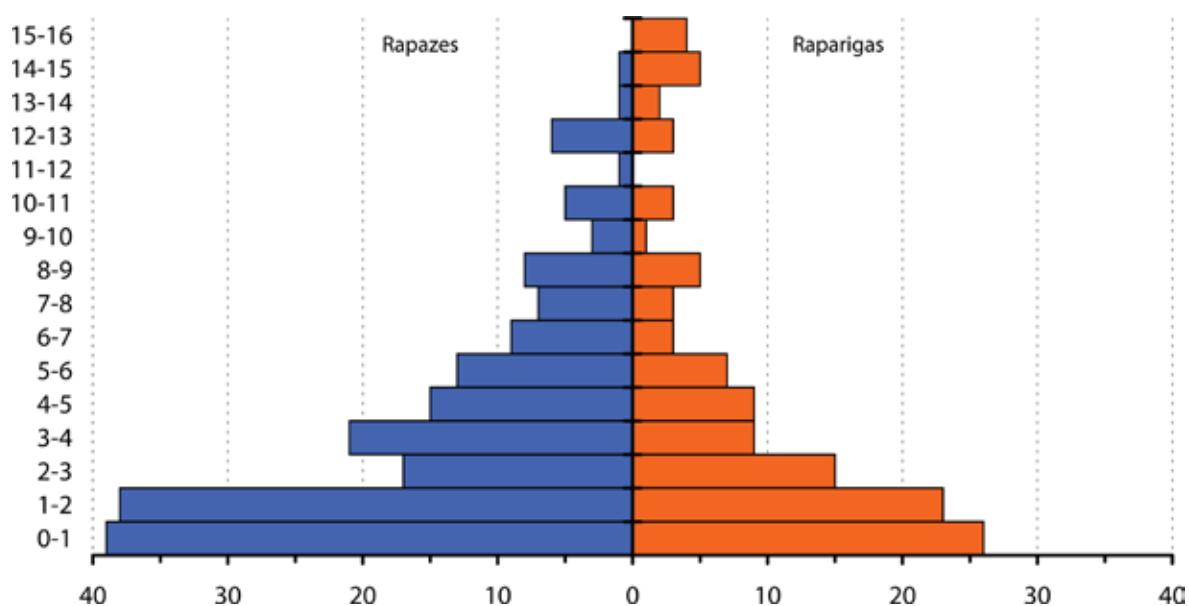


Figura 4. Pirâmide etária das crianças observadas na urgência pediátrica.

Problemas

Registei um total de 342 problemas (em média, 1,1 por atendimento), com 89 códigos da ICPC-2 diferentes. Os problemas mais frequentes, indicados no Quadro VII, localizavam-se nos aparelhos respiratório e digestivo, com as infecções agudas do aparelho respiratório superior e as gastroenterites a serem os problemas mais comuns. Em ambos os casos há uma relação com a altura do ano (Verão e Outono) em que decorreu o estágio. Outros problemas frequentes foram a amigdalite aguda (viral

Quadro VII. Problemas mais frequentes na urgência pediátrica.

Problema	n
R74: Infecção aguda do aparelho respiratório superior	31
D73: Gastroenterite, presumível infecção	29
R76: Amigdalite aguda	26
A03: Febre	22
S16: Traumatismo / contusão	16
Outros	218

ou bacteriana), febre (sem uma etiologia identificada), traumatismos e quedas (fiquei surpreso com o número de bebés que recorre ao serviço de urgência por queda com traumatismo craniano, felizmente a maioria sem fractura ou outras consequências). De salientar que uma parte muito significativa das urgências atendidas no hospital poderia ter sido resolvida pelo médico de família com igual qualidade assistencial.

Grau de participação

Ao longo do estágio fui ganhando cada vez maior autonomia na execução dos atendimentos urgentes e no mês de Outubro mais de 90% destes foram feitos por mim ou eu estava presente supervisionando um aluno de medicina ou interno do ano comum (Figura 5). De referir que, por não ser autónomo, confirmei sempre todos os tratamentos prescritos e altas com um dos pediatras. No mês de Agosto esta evolução não é muito notória, diminuindo até a proporção de consultas feitas por mim. Isso aconteceu porque não foi possível acompanhar sempre a mesma equipa no serviço de urgência e, como é natural, de cada vez que me integrava numa equipa nova o meu grau de autonomia era necessariamente limitado. Nas urgências subsequentes nessa equipa havia um maior conhecimento mútuo e, conseqüentemente, era depositada em mim maior confiança para fazer os atendimentos mais autonomamente, o que se traduziu num acréscimo significativo dos atendimentos feitos por mim em Setembro. Em todas equipas fui bem recebido e era-me dado o apoio necessário no esclarecimento de dúvidas e resolução de problemas.

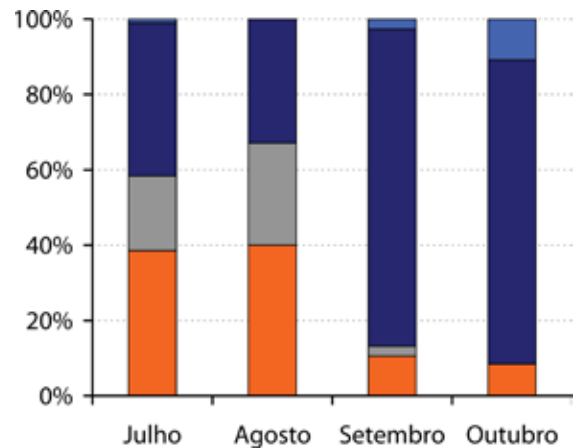


Figura 5. Grau de participação na urgência pediátrica ao longo do estágio (n = 302). ■ Supervisão de aluno / interno; ■ feito por mim; ■ ajudei o orientador; ■ observação.

CONCLUSÃO

O período em que estive no berçário contribuiu sobretudo para treinar e desenvolver a minha aptidão no exame objectivo do recém-nascido. É uma actividade que requer minúcia e um grau de concentração muito elevado, pois a maioria dos bebés é normal, mas é vital a identificação precoce da minoria que não o é. Dos objectivos a que me propus no plano pessoal de formação, não tive oportunidade de aplicar o protocolo de cuidados imediatos ao recém-nascido na sala de partos por não ter feito urgência de neonatologia (apesar de ter ido por várias vezes à sala de partos observar recém-nascidos, mas já com algumas horas de vida). Ao longo do estágio, a relação estabelecida foi excelente, tanto com os neonatologistas como com outros internos, enfermeiros e outro pessoal, o que facilitou o desenrolar do estágio e ajudou ao processo de aprendizagem.

A consulta de pediatria foi talvez o local de maior aquisição de conhecimentos do estágio. Permitiu-me rever ou ver pela primeira vez patologias e situações clínicas muito diversas em várias áreas da pediatria. Porém, nem sempre me foi possível estar na consulta de pediatria geral quando desejava. Isso deveu-se ao elevado número de internos presentes. Daí que tenha participado num grande número de consultas de subespecialidade, principalmente imunoalergologia e pneumologia. As razões para esta escolha foram duas: 1) nestas consultas eram abordados sobretudo problemas com que frequentemente me deparo no centro de saúde e 2), não menos importante, os médicos que as realizavam sempre demonstraram prazer em me receber e responder às minhas dúvidas. Neste último ponto destaco também pela positiva as consultas de cirurgia pediátrica, nefrologia e neurologia, espaços

onde aprendi muito. Não que não tenha aprendido nas restantes consultas, mas nem sempre o tempo ou a vocação do ensino estavam tão presentes. Assim, o estágio poderia ter sido mais produtivo se tivesse estado presente em mais consultas de pediatria geral, onde surgem mais vezes as situações com que me deparo no centro de saúde, e menos vezes nas consultas de subespecialidades, onde muitos casos obrigam a uma intervenção que sai fora das competências do médico de família.

Penso que poderia ter beneficiado ainda mais do estágio se no São Francisco Xavier existisse uma consulta de vigilância de saúde infantil para os filhos dos funcionários do hospital, à semelhança do que acontece em alguns outros hospitais. Uma consulta desse género seria a que mais se assemelha à consulta de saúde infantil que é feita em cuidados primários.

A urgência pediátrica foi um local de aprendizagem de novos conhecimentos, mas sobretudo de treino prático e reforço da confiança no diagnóstico e terapêutica de situações agudas (nem sempre urgentes). A realização de serviço de urgência integrado em várias equipas se, por um lado, obrigou-me muitas vezes a começar de novo uma relação de confiança que é necessário estabelecer com os colegas, por outro lado, permitiu ter uma visão mais alargada de diferentes modos de fazer medicina, o que foi sem dúvida benéfico.

Globalmente, a apreciação do estágio de pediatria é muito positiva. Cumpri na generalidade os objectivos a que me propus no plano pessoal de formação, ficando apenas por realizar o protocolo de cuidados imediatos ao recém-nascido, a reanimação, o transporte do recém-nascido e a colheita de produtos biológicos.

Avaliação do estágio de pediatria	
Desempenho	Conhecimentos
47,5	50

[Anexo 12 

ESTÁGIO DE OBSTETRÍCIA

Serviço de Ginecologia e Obstetrícia – HSFx, 1 de Novembro a 31 de Dezembro de 2007

Orientador: não definido

ORGANIZAÇÃO DO ESTÁGIO

Os dois meses do estágio foram passados na consulta de obstetrícia, com um período semanal de doze horas de urgência (comum às subespecialidades de obstetrícia e ginecologia). Participei também noutras actividades do serviço: consulta de diagnóstico pré-natal, consulta de diabetes gestacional e observei a realização de ecografias e de ecocardiogramas fetais.

CONSULTAS DE OBSTETRÍCIA

Habitualmente as grávidas eram enviadas para consulta de obstetrícia pelo médico de família às 36 semanas de gestação, a menos que existisse uma intercorrência ou doença anterior que requeresse o seguimento por obstetra. No entanto, eram também frequentemente aceites pedidos de consulta para grávidas que poderiam ser seguidas nos cuidados primários.

Antes de serem vistas pelo médico, as grávidas passavam pela enfermeira, que recolhia alguns dados sobre esta e a sua gravidez (numa primeira consulta), media a tensão arterial e a altura uterina, pesava a grávida, fazia um teste rápido de urina, auscultava os batimentos fetais e, a partir das 38 semanas, realizava um CTG.

A não ser que existisse um problema que indicasse um intervalo mais curto, as grávidas tinham consulta mensal até às 32 semanas, quinzenalmente entre as 32 e as 38 semanas e semanalmente a partir das 38 semanas. Se o parto não tivesse acontecido entretanto, a grávida era inter-

nada para indução do trabalho de parto às 41 semanas.

Durante o período do estágio participei em 160 consultas. As grávidas tinham idades compreendidas entre os 14 e os 43 anos, sendo a média de 29,6 anos (Quadro VIII). A idade gestacional média foi de 30,9 semanas, variando entre 7 semanas e 1 dia e 40 semanas e 4 dias (Quadro IX)

Problemas

Os problemas mais frequentemente encontrados estão descritos no Quadro X. Em média, registei 1,5 problemas por consulta. Em mais de metade das consultas foram observadas grávidas sem doença (W78). A gravidez de alto risco (W84) foi o segundo problema mais frequente. Seguiram-se investigação com resultados anormais não especificados (A91) – a maioria destes corresponde a alterações na prova de O'Sullivan ou na prova de tolerância à glicose oral, mas sem critérios de diabetes gestacional; e hipertensão arterial sem complicações (K86) – em grávidas com hipertensão arterial anterior à gravidez. No total, foram registados 41 tipos de problemas diferentes, mas a variabilidade foi relativamente pequena, com a gravidez (W78) e a gravidez de alto risco (W84) a serem responsáveis por quase 70% dos problemas observados.

Quadro VIII. Distribuição etária das grávidas observadas no estágio de obstetrícia.

Faixa etária	n
10 – 14	1
15 – 19	9
20 – 24	26
25 – 29	37
30 – 34	56
35 – 39	19
40 – 45	10
Desconhecida	2

Quadro IX. Idade gestacional, em semanas, das grávidas observadas no estágio de obstetrícia.

Idade gestacional	n
4 – 7	1
8 – 11	10
12 – 15	6
16 – 19	6
20 – 23	10
24 – 27	11
28 – 31	16
32 – 35	31
36 – 39	65
≥ 40	4
Total	160

Quadro X. Problemas mais frequentes na consulta de obstetrícia.

Problema	n
W78: Gravidez	118
W84: Gravidez de alto risco	41
A91: Investigação com resultados anormais NE	8
K86: Hipertensão sem complicações	8
W85: Diabetes gestacional	5
Outros	52

Gestos

Realizei 11 toques para avaliação do colo do útero, dois exames ginecológicos completos e uma colpocitologia. Fiz também por inúmeras vezes a recolha do exsudado vaginal e anal para pesquisa de *Streptococcus* beta hemolítico. Porém, devido à rapidez com que cada consulta era efectuada e à necessidade de passar de imediato à consulta seguinte, o registo dos gestos ficou bastante incompleto.

Modificação de atitudes

A Figura 6 mostra a modificação da minha atitude perante a referenciação ao longo do estágio. Ao contrário do que sucedeu no estágio de pediatria, não houve na obstetrícia uma tendência para

aumentar a proporção de consultas em que deixaria de referenciar ao longo do estágio. Tal ficar-se-á a dever, por um lado, à existência de um protocolo muito bem definido acerca do seguimento da gravidez normal, que implica sempre a referência a partir das 36 semanas de gestação; e, por outro, à impossibilidade de assegurar no centro de saúde a mesma qualidade de cuidados em algumas das patologias associadas à gravidez (nomeadamente através da realização de exames complementares de diagnóstico como a ecografia e o CTG). O facto de ter acompanhado a consulta de quatro médicas diferentes num estágio de tão curta duração fez com que existisse alguma heterogeneidade entre os períodos de consulta que passei com cada uma, o que contribuiu para que não tivesse sido uma mudança progressiva de atitudes ao longo do estágio.

Aprendizagem

A Figura 7 mostra a evolução da aprendizagem durante o estágio. A aprendizagem consistiu essencialmente na consolidação de conhecimentos, havendo uma diminuição progressiva das consultas em que aprendi algo de novo ou em que não aprendi. A elevada proporção de consultas em que não houve aquisição de conhecimentos no início do estágio foi anormal e não reflecte a evolução de aprendizagem que foi sucedendo. Aconteceu porque nesta fase do estágio estavam dois internos de MGF na mesma consulta de obstetrícia, mas também pela minha discordância em relação a alguns aspectos da prática da colega que fazia a consulta. Apercebendo-me destas dificuldades, procurei assistir a consultas de outros médicos sempre que possível.

Grau de participação

Optei por não registar sistematicamente o meu grau de participação por a realização autónoma destas consultas não ser um dos meus objectivos. No início do estágio, por ainda não conhecer as rotinas do serviço e por ter outros colegas de MGF comigo na consulta, participei essencialmente como observador. Progressivamente, passei a realizar consulta ombro-a-ombro com o tutor e fazer semi-autonomamente tanto primeiras como consultas de seguimento.

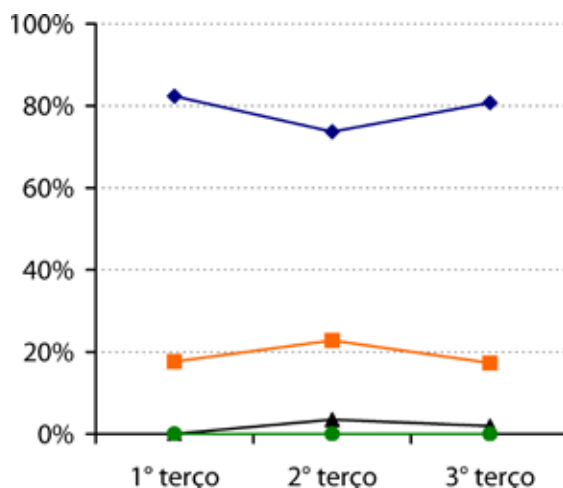


Figura 6. Atitude perante a referência ao longo do estágio de obstetrícia. — Referenciava antes e depois; — não referenciava antes nem depois; — referenciava antes, mas não depois; — não referenciava antes, mas referenciava depois.

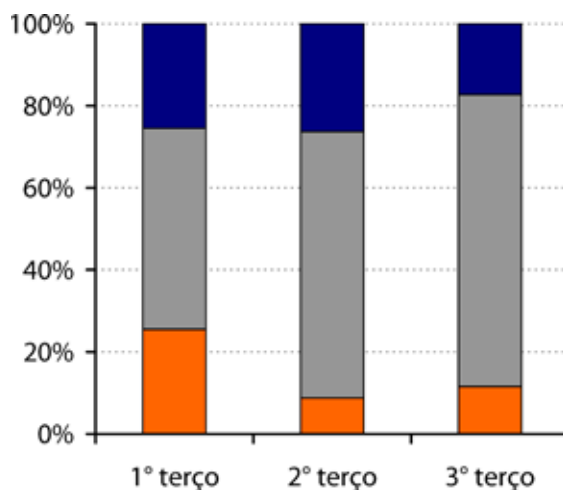


Figura 7. Evolução da aprendizagem ao longo do estágio de obstetrícia. ■ Conhecimentos novos; ■ consolidação de conhecimentos; ■ sem aquisição de conhecimentos.

OUTRAS CONSULTAS

Diagnóstico pré-natal

A consulta de diagnóstico pré-natal resultava de um trabalho de equipa entre uma enfermeira, que fazia o aconselhamento, e alguns dos obstetras do serviço, responsáveis pelas ecografias e amniocenteses. As grávidas acediam a esta consulta através de referência pelo centro de saúde, por obstetra em consulta privada ou internamente (através da consulta, urgência ou internamento). Às grávidas com menos de 35 anos na data do parto era oferecido o rastreio integrado, incluindo a possibilidade de realizar a ecografia do primeiro trimestre no centro de diagnóstico pré-natal. Às restantes era oferecida a possibilidade de realizar amniocentese, de acordo com a legislação em vigor. Se fosse encontrada alguma anomalia, o centro de diagnóstico pré-natal assegurava as ecografias de seguimento e a realização de ecocardiogramas fetais.

Passei três manhãs no diagnóstico pré-natal: uma na consulta feita pela enfermeira, outra na ecografia e a última no ecocardiograma fetal. Assisti a dez consultas feitas pela enfermeira: sete eram grávidas entre as 12 e as 16 semanas e três grávidas entre as 20 e as 24 semanas. Vi serem realizadas dez ecografias, dois ecocardiogramas fetais e assisti à realização de uma amniocentese.

Diabetes e gravidez

A consulta de diabetes e gravidez era feita por internistas vocacionados para a diabetes, que se integravam numa equipa multidisciplinar com os obstetras, enfermeiros e nutricionistas. Nesta consulta eram seguidas mulheres com diabetes prévia à gravidez, diabetes gestacional ou alterações na prova de tolerância à glicose oral.

Assisti a 16 consultas: seis em grávidas com diabetes gestacional, quatro em grávidas com diabetes tipo 1 anterior à gravidez, quatro em grávidas com diabetes tipo 2 anterior e duas em grávidas com alteração na prova de tolerância à glicose oral. Vi também por duas vezes a educação feita às grávidas pela enfermeira, numa das quais foi feito o ensino da utilização da insulina.

URGÊNCIA

Semanalmente realizei um período de 12 horas de urgência. O serviço de urgência estava aberto 24 horas por dia e era comum às áreas de obstetrícia e ginecologia. O espaço possuía gabinetes médicos, de CTG e de ecografia, duas salas de observação, dois blocos operatórios (um mais pequeno dedicado a intervenções minor e outro maior dedicado às cesarianas e cirurgias major), uma sala de recobro e um bloco de partos. Registei 105 atendimentos durante o estágio. Foram observadas mulheres entre os 16 e os 73 anos, sendo a média de idades de 30,1 anos (Quadro XI). Sessenta e nove mulheres estavam grávidas no momento da observação (não inclui abortos e gravidezes anembríónicas), com uma idade gestacional média de 26,3 semanas (Quadro XII).

Quadro XI. Distribuição etária das mulheres observadas na urgência de ginecologia e obstetrícia.

Faixa etária	n
15 – 19	12
20 – 24	16
25 – 29	23
30 – 34	22
35 – 39	13
40 – 44	3
45 – 49	1
50 – 54	5
55 – 59	0
60 – 64	0
65 – 69	0
70 – 74	1
Desconhecida	9
Total	105

Problemas

Os problemas mais frequentes foram gravidez (W78) – quando não existia uma patologia associada codificável de forma mais específica; hemorragia antes do parto (W03) – grávidas com hemorragia do 1º, 2º ou 3º trimestres isolada; dor abdominal (D01) – sobretudo mulheres não grávidas em que havia a suspeita de uma causa ginecológica da dor abdominal, mas nas quais não foi possível chegar a um diagnóstico preciso; gravidez de alto risco (W84) – gravidezes gemelares ou quando existia outra doença associada; parto com complicações de nado vivo (W92) – cesarianas e partos distócicos; e candidíase genital na mulher (X72). Agrupados por capítulos da ICPC-2, os problemas mais frequentes pertenciam aos grupos gravidez e planeamento familiar (W), aparelho genital feminino (X) e aparelho urinário (U). No total registei 41 problemas diferentes, com uma média de 1,2 problemas por urgência.

Quadro XII. Idade gestacional, em semanas, das grávidas observadas na urgência de obstetria.

Idade gestacional	n
4 – 7	4
8 – 11	10
12 – 15	4
16 – 19	3
20 – 23	3
24 – 27	5
28 – 31	4
32 – 35	7
36 – 39	19
≥ 40	4
Desconhecida	6
Total	69

Quadro XIII. Problemas mais frequentes na urgência de ginecologia e obstetria.

Problema	n
W78: Gravidez*	22
W03: Hemorragia antes do parto	8
D01: Dor / cólica abdominal generalizada	7
W84: Gravidez de alto risco	7
W92: Parto com complicações de nado vivo	7
X72: Candidíase genital na mulher	7
Outros	65

* Inclui grávidas admitidas em trabalho de parto e que não voltei a observar ou que não tinham parido até ao final da urgência. Não existe um código específico para trabalho de parto na ICPC-2 e a inclusão do trabalho de parto nos códigos W90 e W91 foi retirada da última versão electrónica da ICPC-2.¹

Gestos

Durante o estágio fiz 21 exames ginecológicos, 12 toques em grávidas em trabalho de parto, oito toques em grávidas sem trabalho de parto e observei duas curetagens, quatro cesarianas e cinco partos vaginais (três ventosas e dois eutócicos). De notar que os três primeiros gestos estão subavaliados, pois nem sempre consegui fazer o seu registo. Relativamente aos partos, assisti a sete partos complicados e apenas dois partos normais, o que não reflecte a realidade da maternidade do HSFX. Esta situação aconteceu porque a maioria dos partos eutócicos era feita pela equipa de enfermagem, enquanto os médicos estavam nos gabinetes de atendimento e quase só realizavam os partos distócicos. Apesar de ter tentado estar atento ao que se passava no bloco de partos, só consegui estar presente num dos partos realizados pelas enfermeiras. Assim, não me foi possível cumprir o objectivo de realizar um parto normal. Por outro lado, consegui cumprir o objectivo de observar a aplicação do protocolo de cuidados imediatos ao recém-nascido, que havia ficado por completar no estágio de pediatria.

Grau de participação

Com o decorrer do estágio fui ganhando autonomia no atendimento das situações de urgência (Figura 8). Esta autonomia foi, é certo, relativa, pois não era esperado que eu tivesse competência em áreas que são claramente uma atribuição da especialidade de ginecologia / obstetrícia. A minha participação consistia em iniciar o atendimento, colher a história clínica e fazer o exame objectivo, pedindo depois ajuda no diagnóstico (que muitas vezes passava pela realização de uma ecografia) e tratamento a um dos obstetras da equipa de urgência.

CONCLUSÃO

O estágio de obstetrícia contribuiu decisivamente para aumentar os meus conhecimentos na área da saúde materna. A consulta de obstetrícia tornou mais fácil compreender o protocolo de seguimento de uma gravidez normal, com o qual contactei diariamente e nas diversas fases da gravidez. Contribuiu também para que tenha ficado melhor preparado para distinguir o que são sintomas benignos da gravidez (como as pequenas dores abdominais e os edemas) de sinais de alerta que podem indicar a existência de uma patologia subjacente que pode complicar a gravidez. Treinei o toque para avaliação do colo uterino, uma técnica que tinha praticado pouco durante o curso. Porém, fiquei com a noção de que o seguimento hospitalar não substitui completamente a consulta de saúde materna feita pelo médico de família. Na consulta de obstetrícia o foco é essencialmente biológico, descurando as transformações psicológicas que acontecem na mulher e no casal grávido e nunca vi serem abordados aspectos relacionados com a preparação para a maternidade / paternidade. Assim, gostaria de manter o acompanhamento de todas as gravidezes no centro de saúde, mesmo depois de ser feita a referenciação para o obstetra (pela idade gestacional ou pela existência de uma patologia). Além disso, pareceu-me que os obstetras não estão vocacionados para a abordagem holística da pessoa, mesmo num sentido mais restrito, biomédico, do termo. Penso que em algumas grávidas com doenças anteriores à gravidez como a asma, o hipo- e hipertireoidismo, a obesidade e outras, o seguimento feito pelo médico de família poderá resultar em melhor qualidade de cuidados do que a referenciação para o obstetra.

Em relação à consulta, há ainda que referir a dificuldade que existiu no início por estarem três internos de MGF a fazer este estágio ao mesmo tempo. Tentámos colmatar este problema procurando outros tutores dentro dos médicos que seguiam grávidas. Foi uma solução que resultou em boa medida, permitindo melhorar a aprendizagem durante o estágio.

O período que passei no centro de diagnóstico pré-natal serviu para perceber a articulação entre este e os centros de saúde e para me despertar para as novas possibilidades que o serviço público de saúde tem para oferecer neste campo. Desta forma, fiquei a saber esclarecer melhor as grávidas acerca do que esperar do diagnóstico pré-natal. A observação das ecografias da gravidez e do ecocardiograma fetal foi importante para conhecer os pontos-chave destes exames complementares de diagnóstico.

A consulta de diabetes e gravidez foi útil para sedimentar os meus conhecimentos sobre o diagnóstico da diabetes gestacional e aprender algo sobre o tratamento desta patologia e da diabetes dos tipos 1 e 2 durante a gravidez. Apesar de ser um conjunto de doenças que deve ser tratado num centro de

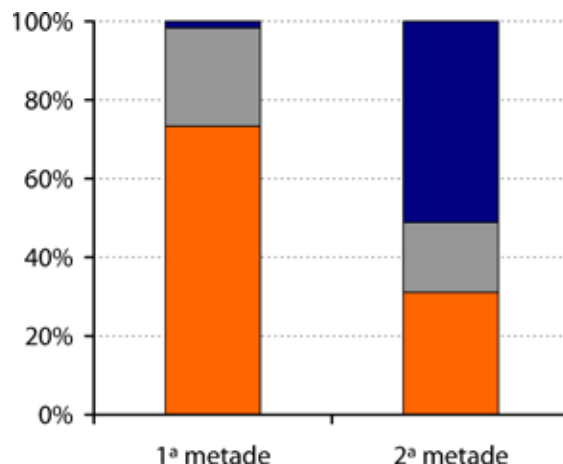


Figura 8. Grau de participação na urgência de ginecologia e obstetrícia ao longo do estágio (n = 302). ■ Feito por mim; ■ ajudei o orientador; ■ observação.

referência e não nos cuidados primários, cabe ao médico de família fazer o diagnóstico atempado e a prevenção dos factores de risco na população sem doença.

Na urgência de obstetrícia aprendi a lidar com e a distinguir algumas das situações urgentes que podem surgir durante a gravidez, umas que acarretam risco para a gravidez ou para a grávida, outras que causam apenas incómodo. Aprendi também a medir a dilatação do colo uterino durante o trabalho de parto, técnica que não dominava. O acompanhamento do trabalho de parto não foi tão próximo e detalhado quanto gostaria, mas ainda assim penso ter adquirido os conhecimentos suficientes para a minha actividade como médico de família em Portugal. Consegui também acompanhar os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido, objectivo que tinha ficado por cumprir no estágio de pediatria.

Dos objectivos a que me propus no plano pessoal de formação, penso que apenas ficam por cumprir a execução de partos eutócicos, episiotomias e episiorrafias, sendo que a identificação dos aspectos psicológicos da gravidez e a vigilância do puerpério foram cumpridos na consulta de saúde materna do centro de saúde e não no hospital.

Avaliação do estágio de obstetrícia	
Desempenho	Conhecimentos
46,5	50

[Anexo 12 

ESTÁGIO DE MEDICINA DE URGÊNCIA

Serviço de Urgência – HSFX, 1 de Janeiro a 30 de Junho de 2008

ORGANIZAÇÃO DO ESTÁGIO

O estágio dividiu-se em urgência de cirurgia geral (1 de Janeiro a 29 de Fevereiro), urgência de medicina interna (1 de Março a 30 de Abril) e urgência de ortopedia (1 de Maio a 30 de Junho).

O SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL DO HSFX

O HSFX possuía um serviço de urgência do nível de hospital central. A urgência possuía várias valências, integradas no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental. Na urgência geral a triagem era feita para as valências de Cirurgia Geral, Medicina Interna, Ortopedia e Psiquiatria. Estavam também presentes (fisicamente ou de chamada) especialistas de Cirurgia Plástica, Cirurgia Vascular, Neurocirurgia, Urologia, Cardiologia, Gastrenterologia, Neurologia, Pneumologia, Anestesiologia, Radio-diagnóstico, Imunohemoterapia e Patologia Clínica. As urgências de Dermatologia, Ginecologia / Obstetrícia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Pediatria funcionavam como serviços autónomos.

O espaço físico do serviço de urgência era composto por sala de espera, sala de triagem, urgência ambulatoria, balcão de homens, balcão de mulheres, balcão de ortopedia, salas pequena cirurgia (três), reanimação, serviço de observação e radiologia.

À chegada, os utentes eram triados de acordo com o protocolo de Manchester e distribuídos pelas valências de Cirurgia, Medicina, Ortopedia e Psiquiatria. Os utentes que seriam triados para Medicina com a cor azul (não urgente) ou verde (prioridade normal) eram durante o dia vistos na urgência ambulatoria.

URGÊNCIA DE CIRURGIA

A urgência de cirurgia era assegurada por equipas médicas do HSFX e do HEM. No estágio, acompanhei a equipa chefiada pelo Dr. Fernando Raposeiro.

A equipa de cirurgia estava envolvida na prestação de cuidados na pequena cirurgia (feridas, escoriações, pequenos traumatismos, abscessos e infecções da pele), balcão de atendimento (patologia de

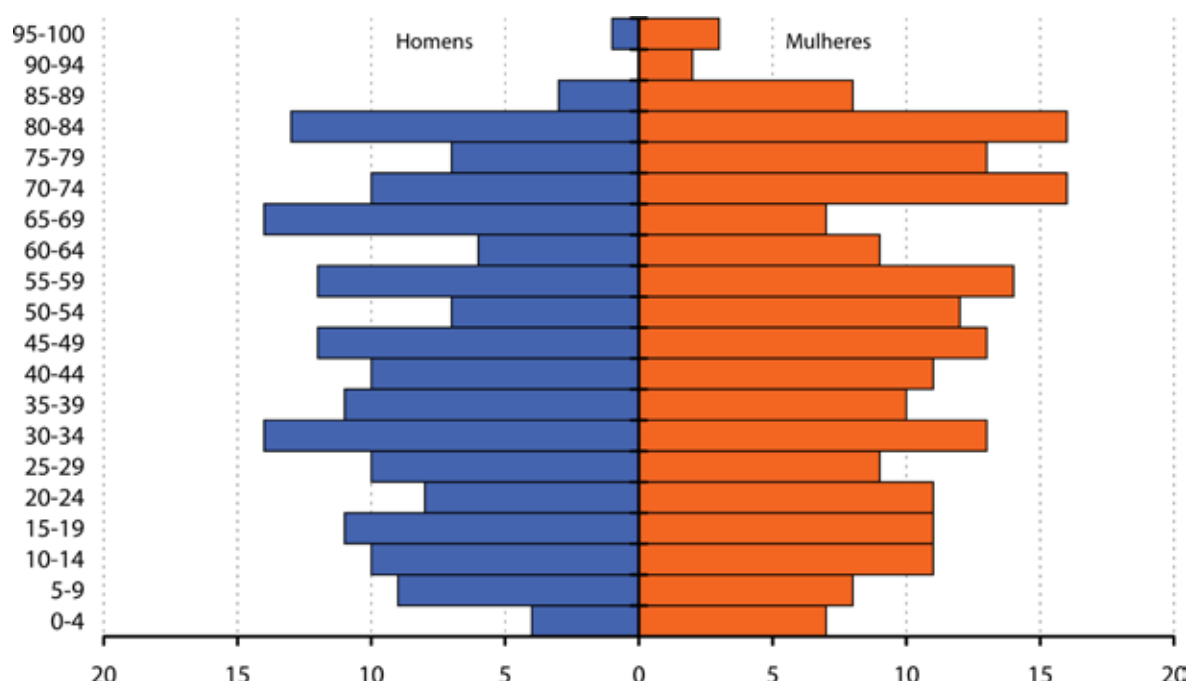


Figura 9. Pirâmide etária dos utentes observados durante o estágio de medicina de urgência (n=376).

resolução potencialmente cirúrgica, como dor abdominal, hemorragias digestivas ou traumatismos torácicos), sala de reanimação (trauma) e bloco operatório. A minha participação cingiu-se aos utentes vistos na pequena cirurgia e no balcão.

Durante o estágio observei 90 doentes, com idades compreendidas entre os 2 e os 96 anos (média 47,1 anos), maioritariamente do sexo masculino (53,3%).

Problemas

Na urgência de cirurgia, foram abordados em média 1,2 problemas por atendimento, sendo os mais frequentes mostrados no Quadro XIV. Destes, os traumatismos do aparelho músculo-esquelético corresponderam sobretudo a traumatismos lombares ou torácicos, observados no balcão. Os restantes resultaram de ferimentos ou infeções da pele e foram observados na pequena cirurgia. Estes cinco problemas mais frequentes corresponderam a 55,2% do total de problemas observados, com os restantes 44,8% a distribuírem-se por 38 outros códigos da ICPC-2.

Quando agrupados por capítulos da ICPC-2, 56,9% dos problemas enquadravam-se no capítulo pele (S) – correspondendo a feridas e infeções da pele; 14,7% no capítulo do sistema músculo-esquelético (L) – sobretudo traumatismos; e 12,1% no capítulo do aparelho digestivo (D) – onde estão incluídas a dor abdominal, hemorragias digestivas e hérnias abdominais.

Quadro XIV. Problemas mais frequentes na valência de cirurgia do estágio de medicina de urgência.

Problema	n
S18: Laceração / corte	28
L81: Traumatismo do aparelho músculo-esquelético NE	14
S16: Traumatismo / contusão	10
S17: Abrasão / arranhão / bolhas	7
S93: Quisto sebáceo	5
Outros	52

Gestos

Durante o estágio fiz 12 suturas de feridas, duas drenagens de hematomas subungueais e uma drenagem de abscesso. Ajudei ainda um cirurgião plástico na reparação de um tendão do antebraço. Tive oportunidade de observar por diversas vezes os cirurgiões na execução de suturas, drenagem de abscessos e remoção de quistos, colocando questões e discutindo a técnica cirúrgica.

Grau de participação

Particpei em proporções idênticas como observador (35,7%), ajudando outro médico (31,6%) ou assumindo o caso de forma autónoma (32,7%). Ao contrário da maioria dos outros estágios, muitos dos casos em que fui apenas observador e a maior parte de ajudas a outros médicos foram com colegas mais novos (internos do ano comum e estudantes de medicina) na pequena cirurgia, a quem dava oportunidade para executar gestos cirúrgicos.

URGÊNCIA DE MEDICINA

A urgência de medicina era também assegurada por equipas médicas do HSFx e do HEM, complementadas por médicos tarefeiros. No estágio, acompanhei a equipa chefiada pelo Dr. Vítor Batalha.

A equipa de medicina assegurava a prestação de cuidados nos balcões de atendimento de homens e mulheres, sala de reanimação e serviço de observação. A minha participação cingiu-se aos utentes vistos no balcão.

Durante o estágio observei 79 doentes, com idades compreendidas entre os 19 e os 91 anos (média 57,8 anos), maioritariamente do sexo masculino (59,5%).

Problemas

Em cada utente que observei na urgência de medicina, foram abordados em média 1,2 problemas, sendo os cinco mais frequentes apresentados no Quadro XV. Contudo, estes problemas, no seu conjunto, representam apenas 23,5% do total de problemas observados, havendo 58 outros códigos da ICPC-2 que foram registados por três ou menos vezes. Este facto demonstra a grande variabilidade de situações clínicas que surge no balcão de medicina interna.

Quando agrupados por capítulos da ICPC-2, 18,4% dos problemas enquadram-se no capítulo do aparelho respiratório (R) – a maioria infecções; 15,3% no capítulo psicológico (P) – sobretudo estados de ansiedade, mas também algumas tentativas de suicídio; e 15,3% no capítulo do aparelho circulatório (K) – onde estão incluídos a hipertensão arterial, acidentes vasculares cerebrais, cardiopatia isquémica e um enfarte do miocárdio.

Quadro XV. Problemas mais frequentes na valência de medicina do estágio de medicina de urgência.

Problema	n
P74: Distúrbio ansioso / estado de ansiedade	6
R74: Infecção aguda do aparelho respiratório superior	5
R81: Pneumonia	4
K86: Hipertensão sem complicações	4
A06 Desmaio / síncope	4
Outros	75

Gestos

Durante o estágio fiz onze gasometrias de sangue arterial e nove electrocardiogramas.

Grau de participação

Assumi a maior parte dos casos de forma autónoma (74,7%), mas discutindo sempre as hipóteses diagnósticas e a proposta terapêutica com outro médico da equipa. Em 24,1% dos casos ajudei outro médico, quase sempre na realização do exame objectivo ou na execução de gasometria ou electrocardiograma.

URGÊNCIA DE ORTOPEDIA

A urgência de ortopedia era assegurada por equipas médicas do HSFX e do Hospital Ortopédico de Sant'Ana. No estágio, acompanhei a equipa chefiada pelo Dr. João Faria (apesar de fazer quase sempre urgência sob supervisão do Dr. Luís Cardoso, já que o primeiro fazia o turno da noite).

A equipa de ortopedia assegurava a prestação de cuidados no balcão de ortopedia, sala de reanimação (trauma) e bloco operatório.

Durante o estágio observei 207 doentes, com idades compreendidas entre 1 e os 96 anos (média 41,9 anos), maioritariamente do sexo feminino (62,8%).

Problemas

Foram abordados em média 1,0 problemas por utente. O mais frequente foi traumatismo não especificado do aparelho músculo-esquelético (L81) – onde estão incluídos todo o tipo de traumatismos em qualquer região do corpo e que não resultaram em fracturas, entorses ou luxações – Quadro XVI. Os cinco problemas mais frequentes corresponderam a 56,9% do total de problemas observados, com os restantes a distribuírem-se por 36 outros códigos da ICPC-2. No total e independentemente da região anatómica, observei 45 fracturas.

Quando agrupados por capítulos da ICPC-2, quase todos os problemas enquadraram-se no capítulo do sistema músculo-esquelético (L), com apenas 5,4% dos problemas a pertencerem a outros capítulos da ICPC-2.

Quadro XVI. Problemas mais frequentes na valência de ortopedia do estágio de medicina de urgência.

Problema	n
L81: Traumatismo do aparelho músculo-esquelético NE	62
L77: Entorse / distensão do tornozelo	24
L74: Fractura: osso da mão / pé	16
L72 Fractura: rádio / cúbito	12
L86 Síndrome da coluna com irradiação de dores	9
Outros	93

Gestos

Durante o estágio ajudei na colocação de cinco talas gessadas e coloquei duas ligaduras de contenção elástica. Em quase todos os casos observei e discuti com um ortopedista o exame objectivo e a radiografia simples. Vi ainda duas reduções de luxações do ombro.

Grau de participação

Em quase todos os casos participei como observador, não interferindo na observação do doente, mas debatendo a situação clínica com o ortopedista.

CONCLUSÃO

O estágio de medicina de urgência permitiu-me melhorar alguns conhecimentos e gestos na área das doenças agudas e urgências. A maioria dos objectivos traçados no plano pessoal de formação foi cumprida. A valência de cirurgia possibilitou o treino de um número elevado de gestos cirúrgicos e a sistematização da abordagem de algumas situações do foro cirúrgico, como o traumatismo torácico e a dor abdominal. A valência de medicina permitiu sobretudo a consolidação de conhecimentos na área da medicina interna. A valência de ortopedia foi provavelmente aquela em que houve maior aprendizagem, a que não será alheio o curto período dedicado a esta especialidade durante a formação pré-graduada. Melhorei principalmente a minha capacidade diagnóstica, através de um exame físico mais cuidado e de melhor interpretação da radiografia simples.

Contudo, este estágio teve também aspectos negativos. Na valência de cirurgia, o apoio dado pelos especialistas foi reduzido. Frequentemente e durante longos períodos do dia, apenas eu e uma interna de cirurgia geral ficávamos a assegurar a pequena cirurgia e os balcões de atendimento, sem apoio dos especialistas. Na medicina interna, fui quase sempre tutorado por médicos tarefeiros, já que não havia especialistas em medicina interna nos balcões de atendimento (apenas internos). Estes colegas praticavam muitas vezes uma medicina puramente defensiva, consumindo exames complementares de diagnóstico e prescrevendo tratamentos com pouca base científica. Porém, o contacto com este tipo de medicina permitiu-me definir melhor aquilo que não quero fazer no futuro. Na valência de ortopedia tive sobretudo um papel de observador, praticando poucos gestos (colocação de talas gessadas e anti-álgicas e ligaduras). Isso deveu-se, em parte à organização da equipa e à presença de outros internos, mas eu próprio poderia ter sido mais interventivo. Um outro objectivo que ficou por cumprir neste estágio foi a participação na reanimação, falha que procurei compensar frequentando um curso de formação nesta área (página 119).

Avaliação do estágio de medicina de urgência	
Desempenho	Conhecimentos
46	47

[Anexo 12 

ESTÁGIO DE SAÚDE MENTAL

Equipa Comunitária da Parede – Serviço de Psiquiatria – HSFx,

1 de Janeiro a 31 de Março de 2009

Orientador: Dra. Ana Mota

ORGANIZAÇÃO DO ESTÁGIO

O estágio teve a duração de três meses, realizando-se em média durante três dias por semana (flexíveis, consoante a existência de actividades na Equipa Comunitária da Parede). Participei essencialmente nas consultas médicas de psiquiatria do programa DepAnx e durante dois dias nas consultas do programa Integrar. Pontualmente, participei em consultas de Psicogeriatria. Não frequentei nem o serviço de urgência nem as consultas de psicologia.

O DEPARTAMENTO DE SAÚDE MENTAL

O Departamento de Saúde Mental do Hospital de São Francisco Xavier divide-se nos serviços de Psiquiatria e Psiquiatria da Infância e Adolescência. Por sua vez, o serviço de Psiquiatria é composto por uma unidade de internamento, unidades de dia, uma unidade de psiquiatria de ligação (para doentes internados no hospital) e cinco equipas comunitárias (Lisboa Ocidental, Carnaxide, Oeiras, Parede e Cascais).

CONSULTAS DE PSIQUIATRIA

As consultas na comunidade eram divididas nos programas DepAnx e Integrar. O primeiro destinava-se aos doentes com perturbações depressivas ou do espectro da ansiedade. No segundo, eram seguidos os doentes com outras patologias mais graves, nomeadamente psicoses, atrasos mentais e perturbações bipolares. Na Equipa Comunitária da Parede, estas consultas decorriam em espaços físicos diferentes, as primeiras num anexo do Centro de Saúde, as segundas em instalações próprias. Para além destes dois programas de saúde mental, em alguns locais (incluindo a Parede) estava também a ser criada uma consulta de Psicogeriatria, destinada, como o nome indica, à população idosa.

Os utentes acediam à consulta de saúde mental através de referenciação pelo médico de família ou por encaminhamento dentro do serviço após uma ida à urgência ou alta do internamento.

Durante o estágio participei em 199 consultas, a maioria do programa DepAnx (Quadro XVII). Destas, 36 foram primeiras consultas e 163 de seguimento. Quase todas as referenciações para primeira consulta foram feitas pelo médico de família.

Os utentes que observei tinham entre 18 e 98 anos, sendo a idade média de 49,3 anos e a maioria (72,7%) do sexo feminino (Figura 10). Os doentes da consulta de Psicogeriatria tinham entre 64 e 98 anos (média 76,0 anos). Quase todos os utentes (82,3%) estavam sozinhos durante a consulta, apesar desta proporção ter sido menor no programa Integrar (60,0%) e de todos os utentes da consulta de Psicogeriatria virem acompanhados por um familiar ou um cuidador pago. Em todas as consultas o acompanhante apenas estava presente se o doente fosse incapaz de fornecer uma história clínica apropriada e, sempre que possível, procurava-se que pelo menos uma parte da consulta fosse só com o doente. Foram exceção três consultas a uma doente com perturbação da personalidade e perturbação depressiva, onde foi feita uma conferência familiar.

Quadro XVII. Consultas registadas no estágio de saúde mental, por tipo.

Consulta	n
DepAnx	173
Integrar	20
Psicogeriatria	6
Total	199

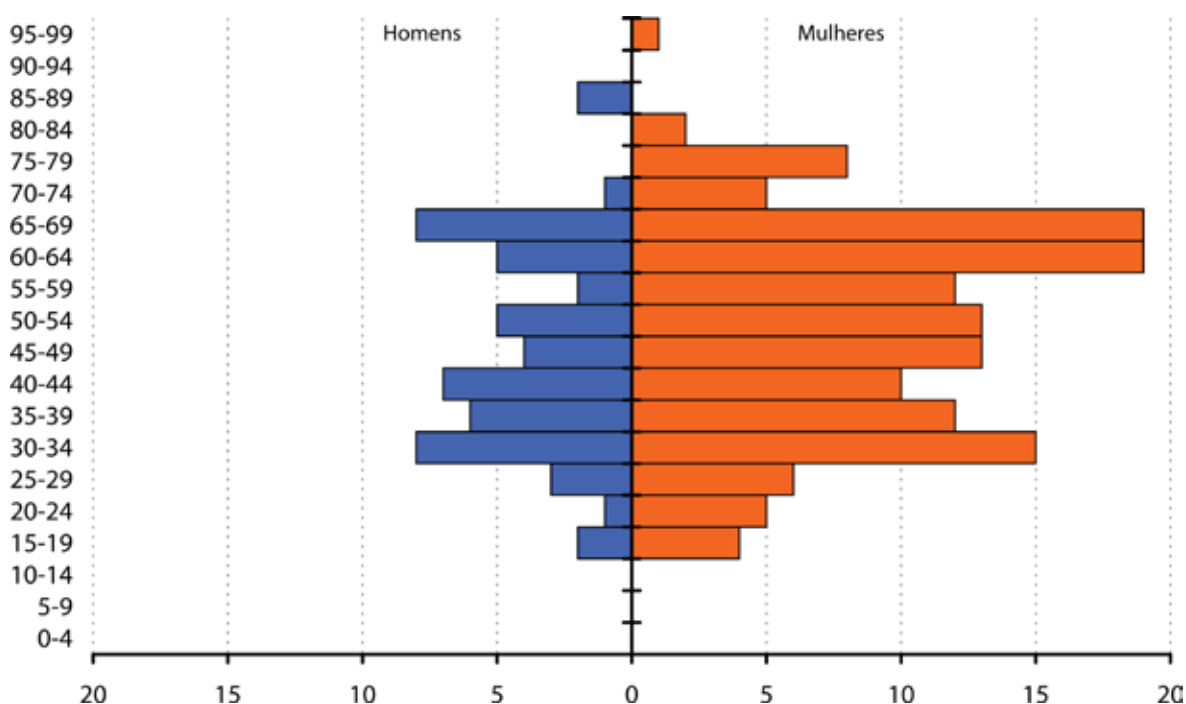


Figura 10. Pirâmide etária dos utentes observados durante o estágio de saúde mental (n=198 - numa das consultas não foi registada a idade).

Problemas

Foram abordados, em média, 1,7 problemas por consulta. Os problemas mais frequentemente encontrados são mostrados no Quadro XVIII. De salientar que 47 doentes tinham em simultâneo um diagnóstico de depressão e ansiedade. Isto é, 35,3% do total com diagnóstico de depressão e 68,1% do total com diagnóstico de ansiedade tinham a outra doença como co-morbilidade. Outros problemas frequentes na consulta do programa DepAnx foram a fibromialgia (L18) e o alcoolismo crónico (P15).

Nas consultas do programa Integrar, a maior parte dos doentes tinha esquizofrenia (P72), atraso mental (P85) ou outra psicose (P98). Já na consulta de Psicogeriatria, a maioria dos doentes tinha o diagnóstico de demência (P70).

Quando agrupados por capítulos da ICPC-2, 89,6% dos problemas enquadravam-se no capítulo psicológico (P). Alguns doentes tinham também uma doença neurológica associada, mais frequentemente epilepsia ou doença de Parkinson. Noutros, um problema social (falecimento de um familiar ou mau relacionamento com um familiar) foi abordado em mais detalhe na consulta.

Quadro XVIII. Problemas mais frequentes no estágio de saúde mental.

Problema	n
Programa DepAnx	293
P76: Perturbação depressiva	132
P74: Distúrbio ansioso / estado de ansiedade	68
P80: Alteração da personalidade	15
Outros	78
Programa Integrar	26
P72: Esquizofrenia	10
P85: Atraso mental	4
P98: Psicose, outra / NE	3
Outros	9
Psicogeriatria	9
P70: Demência	4
Outros	5
Total	328
P76: Perturbação depressiva	133
P74: Distúrbio ansioso / estado de ansiedade	69
P80: Alteração da personalidade	17
Outros	109

Tratamento

Durante o estágio registei os psicofármacos com que os doentes se encontravam medicados e também se estavam ou não a fazer psicoterapia.

Em média, cada doente estava medicado com 3,2 psicofármacos (Quadro XIX), sendo os mais prescritos as benzodiazepinas, seguidas dos inibidores selectivos da recaptação da serotonina e outros antidepressivos (Quadro XX). As principais diferenças que encontrei em relação à minha experiência nos cuidados primários foram

Quadro XIX. Número de psicofármacos prescritos por doente no estágio de saúde mental.

Número de psicofármacos	n	%
0	3	1,5
1	14	7,0
2	60	30,2
3	64	32,2
4	33	16,6
5	18	9,0
6	5	2,5
7	1	0,5
8	1	0,5

Quadro XX. Psicofármacos mais prescritos no estágio de saúde mental, agrupados de acordo com a classificação Anatômico-terapêutica e química (ATC).²

Grupo farmacológico	n
Derivados das benzodiazepinas	132
Inibidores selectivos da recaptação da serotonina	104
Outros anti-depressivos	97
Antipsicóticos: Diazepinas, oxazepinas e tiazepinas	47
Outros anti-psicóticos	29
Anti-epiléticos derivados de ácidos gordos	28
Antipsicóticos: Fenotiazidas com cadeia lateral alifática	24

o maior número total de fármacos prescritos, a utilização de fármacos como adjuvantes fora da sua indicação aprovada (uso *off label*) e a utilização de doses mais elevadas. Estas diferenças reflectem, por um lado, a maior gravidade das doenças em muitos dos utentes seguidos em consulta de psiquiatria e, por outro, o maior à vontade dos psiquiatras em manusear esse tipo de fármacos. Porém, o uso de anti-psicóticos, especialmente em doentes com depressão ou ansiedade e sem diagnóstico de esquizofrenia ou outra psicose parece-me um pouco excessivo, considerando o risco de mortalidade associado a estes fármacos.³

Estavam a fazer psicoterapia (individual ou de grupo) 33,7% dos doentes (35,8% no programa DepAnx). Apesar de existirem algumas limitações dos recursos do serviço de psiquiatria para oferecer psicoterapia a todos os doentes que dela beneficiariam, este número é muito superior àquele que é possível obter nos cuidados de saúde primários.

Modificação de atitudes

O Quadro XXI mostra a minha atitude perante a referenciação durante o estágio. Teria referenciado a maioria dos utentes à consulta de psiquiatria, em especial os seguidos no programa Integrar (pela gravidade da sua doença) e na consulta de psicogeriatrica (por um lado pela gravidade da doença e, por outro, pela não participação dos fármacos anti-demençiais quando prescritos por médicos de família). Porém, a proporção de utentes que não teria referenciado ao programa DepAnx foi bastante elevada. Alguns destes doentes terão sido referenciados por não terem médico de família atribuído, outros por o seu médico de família não ter tanta apetência para os cuidados da saúde mental. No centro de saúde, o meu “limiar de referenciação” é habitualmente mais elevado (isto é, só referencio utentes com doença mais grave), ao que não será alheia a apetência do meu orientador para a saúde mental. Estas diferenças no comportamento de referenciação aos cuidados de saúde mental entre médicos de família já foram descritas por Hudson-Allez.⁴

Modifiquei a minha atitude em seis consultas: quatro em que deixaria de referenciar e duas em que passaria a referenciar situações que antes não referenciaria.

Dividindo o estágio em três períodos iguais, é possível analisar a evolução temporal da minha atitude perante a referenciação nas consultas do programa DepAnx (nas restantes o número de dias de consulta foi demasiado pequeno para fazer esta análise). Verifica-se que no início a proporção de

Quadro XXI. Atitude perante a referenciação no estágio de saúde mental, por tipo de consulta.

Consulta	Referenciava antes e depois (%)	Não referenciava antes nem depois (%)	Referenciava antes, mas não depois (%)	Não referenciava antes, mas sim depois (%)
DepAnx (n=173)	52,0	45,1	2,3	0,6
Integrar (n=20)	95,0	0,0	0,0	5,0
Psicogeriatrica (n=6)	100,0	0,0	0,0	0,0
Total (n=199)	57,8	39,2	2,0	1,0

utentes que referenciaria é bastante elevada, mas vai diminuindo ao longo do estágio, à medida que aumenta a proporção de utentes em que não senti necessidade de referência. No final do estágio, não teria referenciado mais de metade dos utentes que observei na consulta. A modificação de atitudes aconteceu especialmente a meio do estágio.

Aprendizagem

Em todo o estágio houve aprendizagem de conhecimentos novos em 54 consultas, consolidação de conhecimentos em 104 e não houve aprendizagem em 41 consultas.

Mais uma vez, dividi o estágio em três períodos iguais e analisei a evolução da aprendizagem apenas nas consultas do programa DepAnx. Verifica-se que a aquisição de novos conhecimentos aconteceu sobretudo no período inicial do estágio, sendo progressivamente substituída pela consolidação de conhecimentos e pelas consultas em que não houve aprendizagem. Assim, a duração do estágio parece ter sido adequada, uma vez que o seu prolongamento não iria traduzir-se na aprendizagem de muito mais conhecimentos novos.

Grau de participação

Participei em todas as consultas como observador.

REUNIÕES CLÍNICAS DO SERVIÇO DE PSIQUIATRIA

Ao longo do estágio participei nas reuniões semanais do serviço de psiquiatria, estando presente quando estas tinham uma índole clínica. Assisti a sete reuniões, em que foram apresentados casos clínicos e temas de revisão: “Obesidade – a multidisciplinaridade da intervenção”, “*Psychodynamic diagnostic manual*”, “Abordagem da tentativa de suicídio nas perturbações da personalidade”, “Cuidados de enfermagem promotores de auto-cuidado de higiene e conforto na pessoa com doença mental crónica”, caso clínico (sem título), “Implementação dos projectos *European Alliance Against Depression* e DepAnx em Cascais e Oeiras” e caso clínico (sem título).

CONCLUSÃO

Este estágio permitiu-me melhorar conhecimentos e aptidões na área da saúde mental, em particular nas doenças do espectro da depressão e da ansiedade. Adquiri competências para diagnosticar as

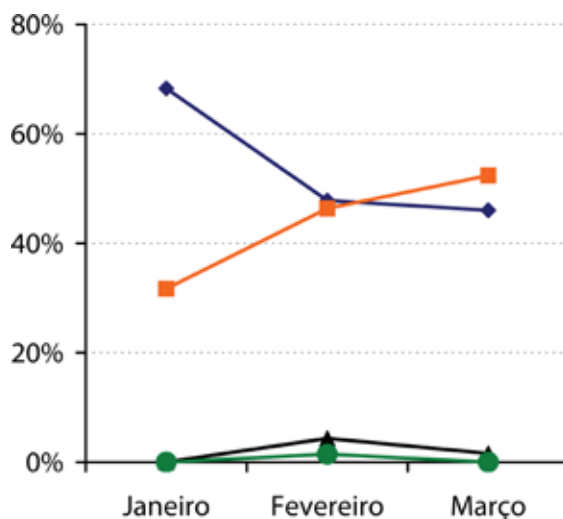


Figura 11. Evolução das atitudes ao longo das consultas do programa DepAnx (n=160).
 ◆ Referenciava antes e depois; ■ não referenciava antes nem depois; ▲ referenciava antes, mas não depois; ● não referenciava antes, mas referenciava depois.

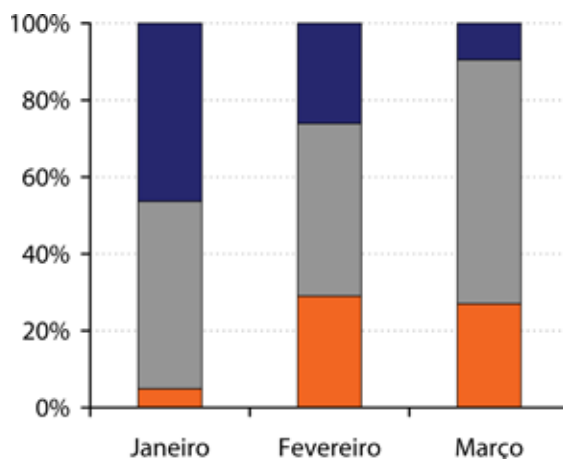


Figura 12. Evolução da aprendizagem ao longo das consultas do programa DepAnx (n=160).
 ■ Conhecimentos novos; ■ consolidação de conhecimentos; ■ sem aquisição de conhecimentos.

doenças mentais mais comuns, diagnosticar ou colocar a hipótese de diagnóstico de algumas doenças mentais graves, manusear melhor os psicofármacos, lidar com doentes com ideação suicida e defini critérios de referência às equipas de saúde mental.

Dos objectivos inicialmente traçados, ficam por cumprir os relacionados com a abordagem de situações de urgência em psiquiatria (pois não foi possível frequentar o serviço de urgência), os problemas de dependência de álcool e drogas e a terapia familiar (por esta não existir no serviço de psiquiatria do HSFX; porém, as três consultas com conferência familiar a que assisti foram muito proveitosas em termos de aprendizagem). Ficou definido que realizaria um estágio complementar curto na Equipa de Tratamento de Oeiras do Instituto da Droga e da Toxicodependência para cumprir os objectivos relacionados com as doenças por abuso de substâncias (droga e álcool), mas este não foi autorizado pelos responsáveis do Instituto da Droga e da Toxicodependência.

Avaliação do estágio de saúde mental	
Desempenho	Conhecimentos
36,5	50

[[Anexo 12](#) 

ESTÁGIOS OPCIONAIS

ESTÁGIO DE GINECOLOGIA

Serviço de Ginecologia – HSM, 1 de Janeiro a 29 de Fevereiro de 2008

Orientadores: Dr. Alexandre Lourenço, Dr. Joaquim Neves

A responsabilidade pela prestação de Cuidados Primários na área da Saúde da Mulher é, e deve sê-lo cada vez mais, da responsabilidade do Médico de Família. Dele se espera que saiba dar resposta às solicitações mais frequentes nesta área, que vão desde o planeamento familiar na mulher jovem ao rastreio oncológico e à menopausa na idade pós-reprodutivas. Não se espera, contudo, que o Médico de Família trate as situações que exigem internamento ou uma intervenção cirúrgica, apesar de poder ser útil ter delas um conhecimento de âmbito geral. Foi com base nestes pressupostos que escolhi o estágio opcional de ginecologia e defini os seus objectivos.

ORGANIZAÇÃO DO ESTÁGIO

O estágio teve a duração de dois meses (interrompidos num dia por semana pelo estágio de urgência) e decorreu nas várias sub-especialidades da consulta externa de ginecologia. No primeiro mês frequentei as consultas de ginecologia médica, menopausa, ginecologia oncológica, mastologia, uroginecologia e colposcopia. No segundo mês participei nas consultas de ginecologia médica, menopausa, planeamento familiar e ginecologia cirúrgica. Por tratarem de um grupo de patologias semelhante, agrupei as consultas de menopausa e de ginecologia médica.

CONSULTAS DE GINECOLOGIA

A consulta de ginecologia ocupava seis gabinetes num espaço dedicado a esta actividade. As mulheres eram enviadas a esta consulta por referência do médico de família, referência interna (de outra sub-especialidade ginecológica ou de outra especialidade no hospital) ou na sequência de episódios de urgência ou internamento. No entanto, eram também frequentemente aceites pedidos de consulta para funcionárias do hospital.

Durante o estágio participei em 390 consultas (Quadro XXII). As mulheres observadas tinham idades compreendidas entre 13 e 88 anos, sendo a idade média de 47,5 anos (Figura 13).

Quadro XXII. Consultas de ginecologia, por sub-especialidade.

Consulta	n
Ginecologia médica	123
Planeamento familiar	62
Ginecologia cirúrgica	33
Ginecologia oncológica	15
Mastologia	39
Uroginecologia	35
Colposcopia	83
Total	390

Problemas

Foram abordados, em média, 1,6 problemas por consulta. Os problemas mais frequentes são apresentados no Quadro XXIII (página 42), onde são notórias diferenças significativas entre os diversos tipos de consulta.

Na consulta de ginecologia médica, onde as mulheres observadas tinham uma idade média de 56,4 anos, o problema mais frequentemente encontrado foi a medicina preventiva / manutenção da saúde (A98). Este facto deveu-se à grande preocupação existente no cumprimento dos rastreios indicados nas mulheres de acordo com o seu grupo etário (cancros do colo do útero, da mama e colo-rectal,

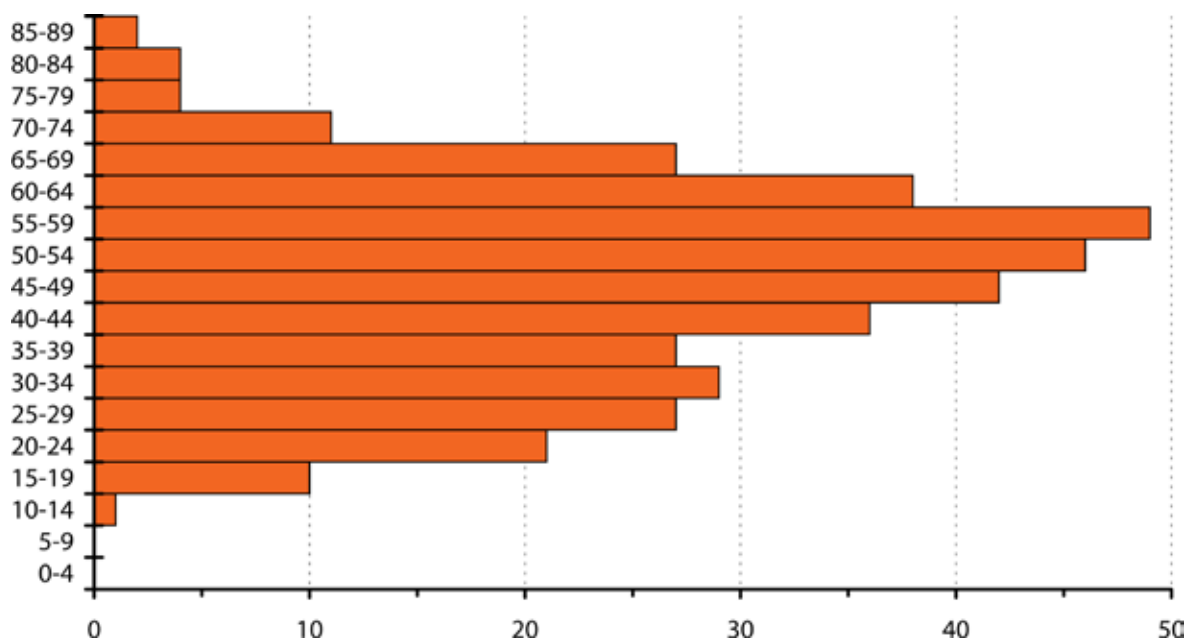


Figura 13. Distribuição etária das utentes observadas durante o estágio de ginecologia (n=374; em 16 consultas não foi registada a idade).

hipertensão arterial, diabetes e dislipidémia). O segundo problema mais frequente foi a osteoporose (L95), existindo também um número importante de mulheres seguidas por diminuição da densidade mineral óssea, classificadas como investigação não especificada com resultados anormais (A91). O terceiro problema mais encontrado foi sinal / sintoma da menopausa (X11), onde se incluíam essencialmente as mulheres entre os 50 e os 60 anos, com sintomas vasomotores e mulheres mais velhas com vaginite atrófica. Registei em média dois problemas por consulta.

Na consulta de planeamento familiar os problemas mais frequentes foram: contraceção intra-uterina (W12), medicina preventiva / manutenção de saúde (A98) e contraceção, outros (W14) – que inclui formas de contraceção como o implante subcutâneo ou os contraceptivos hormonais transdérmicos. A elevada proporção de mulheres a fazer contraceção com dispositivo intra-uterino é explicada por esta ser uma consulta de planeamento de um hospital terciário, sendo que a maioria das mulheres a fazer contraceção oral não chega aqui. A medicina preventiva foi praticada num elevado número de consultas e esteve sobretudo relacionada com a realização do rastreio do cancro do colo do útero.

Na ginecologia cirúrgica, o problema encontrado mais vezes foi outra doença do aparelho genital feminino (X99) – na maioria das situações pólipos do endométrio ou quistos do ovário. Em segundo lugar encontravam-se os fibromiomas uterinos (X78).

Na consulta de ginecologia oncológica, tal como o nome indica, os problemas observados eram neoplásicos: neoplasia maligna do colo (X75), outra neoplasia maligna genital feminina (X77) – neoplasias do ovário e do útero – e outra doença do aparelho genital feminino (X99) – patologia do endométrio.

A consulta de mastologia era frequentada sobretudo por mulheres com neoplasias malignas da mama com diagnóstico recente ou a fazer seguimento pós-tratamento cirúrgico, com uma menor proporção de mulheres com doença benigna. Quando ainda não havia certeza quanto à natureza do nódulo foi utilizado o código X19 (tumor / nódulo da mama feminina).

A consulta de uroginecologia dedicava-se sobretudo às doenças do pavimento pélvico, sendo também observadas mulheres com outra patologia ginecológica cirúrgica, sobretudo doença do endométrio. Assim, os problemas mais frequentes foram: incontinência urinária (U04), outra doença do aparelho genital feminino (X99) – principalmente pólipos do endométrio – e prolapso útero-vaginal (X87).

Quadro XXIII. Problemas mais frequentes no estágio de ginecologia, por tipo de consulta.

Problema	n
Ginecologia médica	246
A98: Medicina preventiva / manutenção da saúde	83
L95: Osteoporose	30
X11: Sinal / sintoma da menopausa	20
Outros	113
Planeamento familiar	129
W12: Contraceção intra-uterina	32
A98: Medicina preventiva / manutenção da saúde	29
W14: Contraceção, outros	12
Outros	56
Ginecologia cirúrgica	44
X99: Doença do aparelho genital feminino, outra	11
X78: Fibromioma do útero	7
Outros	26
Ginecologia oncológica	16
X75: Neoplasia maligna do colo	5
X77: Neoplasia maligna genital feminina, outra	5
X99: Doença do aparelho genital feminino, outra	4
Outros	2
Mastologia	42
X76: Neoplasia maligna da mama feminina	10
X79: Neoplasia benigna da mama feminina	6
X19: Tumor / nódulo da mama feminina	6
Outros	20
Uroginecologia	45
U04: Incontinência urinária	18
X99: Doença do aparelho genital feminino, outra	10
X87: Prolapso útero-vaginal	7
Outros	10
Colposcopia	112
X86: Esfregaço de papanicolau anormal	64
X85: Doença do colo NE	9
B90: Infecção-VIH, SIDA	9
Outros	30
Total	627
A98: Medicina preventiva / manutenção da saúde	112
X86: Esfregaço de Papanicolau anormal	68
W12: Contraceção intra-uterina	35
X99: Doença do aparelho genital feminino, outra	33
Outros	412

Na consulta de colposcopia eram observadas mulheres com doença do colo do útero. Os problemas mais frequentes foram: esfregaço de Papanicolau anormal (X86) – um conjunto onde foram incluídas desde as citologias com resultado incerto às suspeitas de neoplasia não demonstradas por biópsia; doença do colo não específica (X85) – onde se inclui a cervicite; e infecção VIH/SIDA (B90) – estas mulheres necessitavam de seguimento mais frequente por haver menor resposta imunitária à infecção pelo vírus do papiloma humano.

Gestos

Um dos objectivos primordiais deste estágio opcional era o treino de gestos práticos na área da ginecologia. Os gestos que executei são apresentados no Quadro XXIV. Pude ainda observar 63 colposcopias, 28 biópsias do colo do útero e uma biópsia da mama.

Modificação de atitudes

O Quadro XXV mostra a minha atitude perante a referenciação por tipo de consulta. Teria referenciado a maioria das mulheres observadas e modifiquei a minha atitude em 21 consultas, em 18 casos deixando de referenciar futuras situações idênticas e em três casos teria passado a referenciar as utentes (por não ter conseguido colocar o sistema intra-uterino de levonorgestrel).

Analisando a distribuição das referenciações por tipo de consulta, nota-se que teria referenciado sempre ou quase sempre as utentes com patologia do foro cirúrgico ou necessitando de outras intervenções (como a colposcopia ou a radioterapia) que apenas podem ser feitas em meio hospitalar. Isso aconteceu nas consultas de ginecologia cirúrgica, uroginecologia, colposcopia, ginecologia oncológica e, em parte, nas consultas de mastologia. Já nas consultas de ginecologia médica e planeamento familiar, onde a intervenção é sobretudo do foro médico, não teria referenciado a maioria das utentes. Foi também nestas consultas em que houve um maior número de mudanças de atitude. Em muitas delas, além dos recursos materiais necessários existirem no centro de saúde, o médico de família pode atingir um grau de segurança técnica que lhe permite resolver as situações mais frequentes sem as referenciar ao ginecologista.

O número elevado de consultas em que não teria referenciado pode também ter sido influenciado por dois factores: 1) existir um número apreciável de funcionárias do hospital que poderia fazer a sua vigilância no centro de saúde e 2) parecer existirem na área de influência do hospital alguns médicos de família que não fazem consultas de saúde da mulher, referenciando-as à consulta de ginecologia

Quadro XXIV. Gestos praticados durante o estágio de ginecologia.

Gesto	n
Exame ginecológico	95
Citologia	62
Palpação mamária	28
Colocação de Mirena®	17
Remoção de DIU / Mirena®	3
Colocação de Implanon®	4
Remoção de Implanon®	2
Troca de pessário	2

Quadro XXV. Atitude perante a referenciação no estágio de ginecologia, por tipo de consulta (n=390).

Consulta	Referenciava antes e depois (%)	Não referenciava antes nem depois (%)	Referenciava antes, mas não depois (%)	Não referenciava antes, mas sim depois (%)
Ginecologia médica (n=123)	22,0	75,6	1,6	0,8
Planeamento familiar (n=62)	17,7	66,1	12,9	3,2
Ginecologia cirúrgica (n=33)	97,0	0,0	3,0	0,0
Ginecologia oncológica (n=15)	100,0	0,0	0,0	0,0
Mastologia (n=39)	61,5	28,2	10,3	0,0
Uroginecologia (n=35)	85,7	5,7	8,6	0,0
Colposcopia (n=83)	100	0,0	0,0	0,0
Total (n=382)	56,9	37,7	4,6	0,8

(esta foi uma observação não quantificada que tive durante o estágio).

Optei por analisar a evolução temporal da modificação de atitudes apenas nas consultas de ginecologia médica, por serem as únicas que frequentei durante mais de um mês. A Figura 14 mostra que não parece existir uma modificação da proporção de consultas em que teria referenciado a utente ao longo do estágio.

Aprendizagem

Devido à organização do estágio, com a participação em tipos de consulta diferentes no primeiro e no segundo mês, não foi possível avaliar a evolução da aprendizagem ao longo do tempo. Tomando o estágio como um todo, houve consolidação de conhecimentos em 202 consultas, aprendizagem de conhecimentos novos em 88 e nenhuma aprendizagem em 100 encontros – Quadro XXVI. De notar que, apesar de nas consultas de ginecologia médica ter existido um número significativo de encontros onde considere não ter havido aquisição de conhecimentos, isso não quer dizer que estas consultas tenham sido desprovidas de utilidade. Muitas delas eram consultas de vigilância de rotina que têm também de existir e permitiram-me treinar mais frequentemente alguns gestos como o exame ginecológico. Além disso, este facto deve-se também a terem sido as consultas em que estive presente num maior número de ocasiões e, como é natural, o número de consultas em que há novas aprendizagens ou novos conhecimentos tende a diminuir à medida que a duração do estágio aumenta.

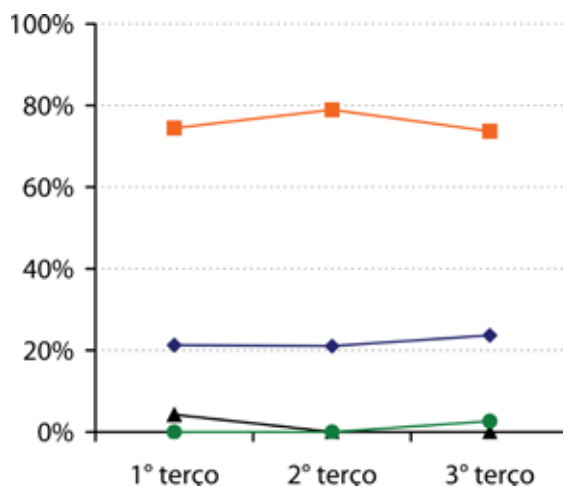


Figura 14. Evolução das atitudes ao longo do estágio na consulta de ginecologia médica (n=123). —◆— Referenciava antes e depois; —■— não referenciava antes nem depois; —▲— referenciava antes, mas não depois; —●— não referenciava antes, mas referenciava depois.

Quadro XXVI. Aprendizagem no estágio de ginecologia, por tipo de consulta.

Consulta	Novo (%)	Consolidação (%)	Nada (%)
Ginecologia médica (n=123)	12,2	38,2	49,6
Planeamento familiar (n=62)	17,7	61,3	21,0
Ginecologia cirúrgica (n=33)	24,2	51,5	24,2
Ginecologia oncológica (n=15)	46,7	53,3	0,0
Mastologia (n=39)	33,3	59,0	7,8
Uroginecologia (n=35)	28,6	68,6	2,9
Colposcopia (n=83)	28,9	54,2	16,9
Total (n=390)	22,6	51,8	25,6

Grau de participação

O Quadro XXVII mostra o meu grau de participação por tipo de consulta. Realizei a maior parte das consultas de ginecologia médica, planeamento familiar e uroginecologia em que participei, sendo de especial relevância a aquisição progressiva de maior autonomia na realização das duas primeiras ao longo do estágio.

Quadro XXVII. Grau de participação no estágio de ginecologia, por tipo de consulta.

Consulta	Observação (%)	Ajudei o tutor (%)	Feita por mim (%)
Ginecologia médica (n = 123)	4,9	3,2	91,9
Planeamento familiar (n = 62)	0,0	19,3	80,7
Ginecologia cirúrgica (n = 33)	51,5	45,5	3,0
Ginecologia oncológica (n = 15)	100	0,0	0,0
Mastologia (n = 39)	59,0	0,0	41,0
Uroginecologia (n = 35)	14,3	11,4	74,3
Colposcopia (n = 83)	100	0,0	0,0
Total (n = 390)	38,2%	9,0%	52,8%

CONCLUSÃO

O estágio de ginecologia permitiu-me cumprir os objectivos que tracei quando o escolhi como opcional e, em algumas áreas como o treino de gestos e a autonomia para a realização das consultas, ultrapassar as expectativas iniciais. Depois deste estágio fiquei mais apto a realizar as consultas de planeamento familiar e de saúde da mulher. Na área da ginecologia médica passou a haver várias situações em que deixei de sentir necessidade de referenciar as utentes a um ginecologista, tanto em situações de doença como em situações de saúde, como sejam o planeamento familiar ou o acompanhamento da mulher na menopausa. Para isso muito contribuíram a perspectiva preventiva e holística que encontrei na consulta do Hospital de Santa Maria. Já as doenças do foro cirúrgico ou as que implicam equipamentos especiais, como na colposcopia, raramente podem ser resolvidas pelo médico de família. No entanto, cabe ao médico de família fazer o diagnóstico e seleccionar as doentes que poderão necessitar de um tratamento cirúrgico ou equipamento especial, bem como fazer o seu seguimento depois da alta hospitalar. A articulação entre o médico de família e o ginecologista é fundamental para que, por um lado, este receba as doentes que poderão beneficiar da sua intervenção e, por outro, não esteja ocupado com consultas que não beneficiam do seu treino específico, desta forma conseguindo ter maior capacidade para responder às solicitações dos médicos de família.

Avaliação do estágio de ginecologia
Desempenho
50

[Anexo 12 

ESTÁGIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA

Serviço de ORL – HEM, 1 a 31 de Março de 2008

Orientador: não definido

O médico de família é frequentemente confrontado com situações que exigem a aplicação de conhecimentos e técnicas da área da ORL. Na grande maioria dos casos, estas situações poderão ser resolvidas sem recurso à referência para esta especialidade. Importa, pois, que o Médico de Família saiba diagnosticar, tratar e aplicar correctamente as técnicas adequadas às patologias mais frequentes na área da ORL.

ORGANIZAÇÃO DO ESTÁGIO

O estágio teve a duração de um mês e decorreu na consulta externa e na urgência de ORL. Durante o estágio participei em 169 consultas e 71 episódios de urgência. A pirâmide etária dos utentes observados é mostrada na Figura 15.

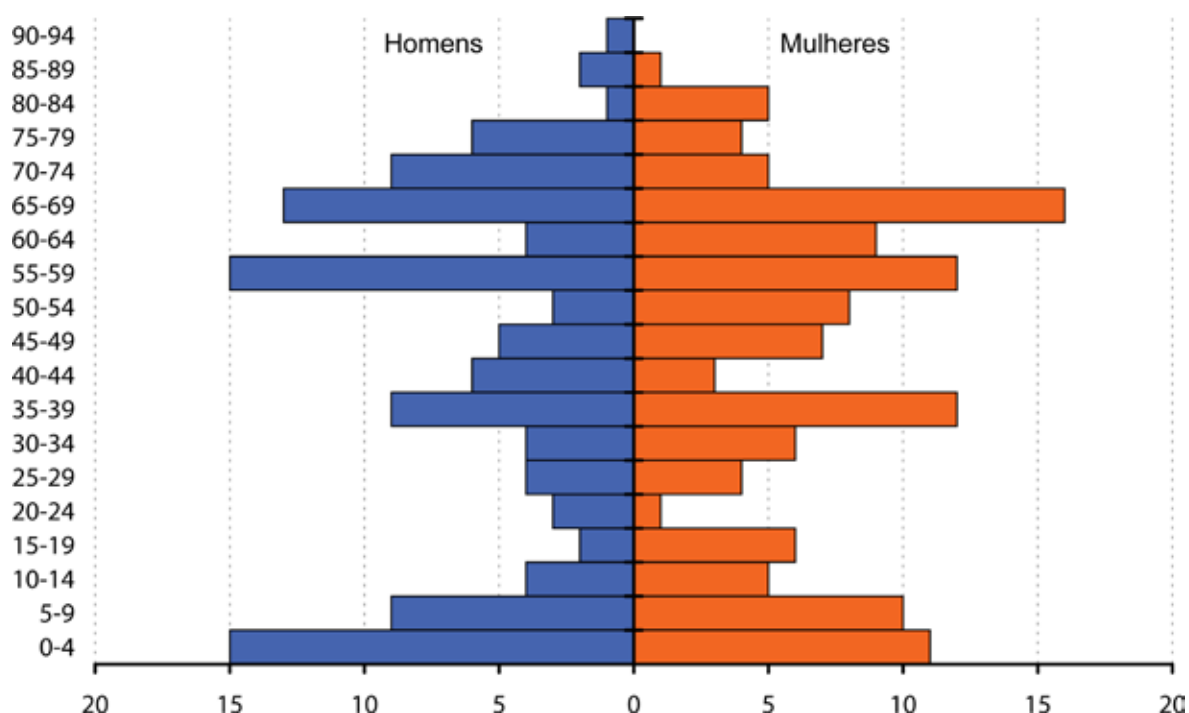


Figura 15. Pirâmide etária dos utentes observados durante o estágio de ORL.

CONSULTAS DE OTORRINOLARINGOLOGIA

A consulta externa de ORL ocupava sete gabinetes exclusivamente dedicados a esta actividade. O acesso dos utentes à consulta fazia-se principalmente por referênciação pelo médico de família e, menos frequentemente, referênciação interna (de outra consulta hospitalar) ou na sequência de um internamento ou vinda à urgência.

A consulta externa ocupava a maior parte do tempo dos especialistas de ORL, seguida do bloco operatório. O internamento era, na maioria dos casos, sequência de uma intervenção cirúrgica programada e de curta duração.

Problemas

Em média, foram abordados em cada consulta 1,5 problemas (Quadro XXVIII). O problema mais frequente foi outra doença respiratória (R99), onde a situação mais comum era o desvio do septo nasal. Este problema era frequentemente encontrado no exame objectivo ou em exames de imagem de doentes com rinossinusite ou roncopia. A sua elevada prevalência na consulta deveu-se ainda ao número de doentes submetidos a septoplastia que, nas primeiras semanas de pós-operatório, eram seguidos mais de perto na consulta. Também abrangidos por este código, mas menos prevalentes na consulta, eram os pólipos nasais.

O segundo problema mais encontrado foi outro problema respiratório (R04), correspondendo aos doentes com roncopia. Seguiram-se limitação funcional / incapacidade (H28), onde se incluíam os doentes com sintomas de hipacúsia ainda a serem investigados e não classificáveis nos códigos de surdez; e cerúmen no ouvido em excesso (H81), em utentes que necessitavam de aspiração. Já o código H70 (otite externa) representou quase sempre situações de

Quadro XXVIII. Problemas mais frequentes na consulta de ORL.

Problema	n
R99: Doença respiratória, outra	36
R04: Problema respiratório, outro	20
H28: Limitação funcional / incapacidade	17
H81: Cerúmen no ouvido em excesso	16
H70: Otite externa	12
R97: Rinite alérgica	12
Outros	144

eczema do canal auditivo externo, pois poucos ou nenhum caso de otite externa foi visto na consulta. Este raramente era o problema que trazia o utente à consulta, sendo uma queixa acessória ou um achado na otoscopia. De notar que os seis problemas mais frequentes representam apenas 44% dos problemas encontrados, distribuindo-se os restantes 56% por 38 outros códigos da ICPC-2.

Quando agrupados por capítulos da ICPC-2, os problemas mais frequentes pertenciam aos grupos ouvidos (H) e aparelho respiratório (R). Alguns doentes tinham problemas enquadrados no capítulo psicológico (P) – a apneia obstrutiva do sono; outros no capítulo aparelho digestivo (D) – doença de refluxo gastro-esofágico; e outros ainda no capítulo olhos (F) – situações de dacriocistite (que são operadas pela ORL por via endoscópica).

Gestos

Durante o estágio procurei treinar gestos práticos da área da ORL. Centrei-me no treino da otoscopia e da rinoscopia anterior. Na consulta realizei 51 otoscopias, onde pude observar patologias crónicas ou de evolução lenta como eczema do canal auditivo externo, exostoses, otite serosa, otite média crónica, colesteatoma e perfurações timpânicas e também treinar a observação do ouvido normal; e 31 rinoscopias anteriores, onde observei desvios do septo, hipertrofia dos cornetos inferiores, esporões, pólipos nasais e alterações da mucosa. Observei também por diversas vezes a orofaringe, mas optei por não registar a prática deste gesto por considerar que o seu treino tem sido feito no centro de saúde. No entanto, fiquei mais atento a alguns pormenores da observação da orofaringe em situações de roncopatia e apneia obstrutiva do sono, como a flacidez e a extensão do palato mole. Apesar de ter definido a realização de laringoscopia indirecta como objectivo do estágio, decidi, em conjunto com os colegas de ORL, não treinar este gesto. Não que a sua execução técnica seja difícil (observei-a várias vezes), mas a sua interpretação exige treino e experiência que seriam impossíveis de atingir no tempo do estágio.

Durante o estágio aprendi a realizar as manobras de *Dix-Hallpike* e de *Epley*, respectivamente para diagnóstico e tratamento da vertigem postural paroxística benigna.

Observei ainda algumas vezes a realização de técnicas endoscópicas como a laringoscopia directa e a rinoscopia, que serviram principalmente para perceber e visualizar algumas das alterações fisiopatológicas presentes em doenças da laringe e da fossa nasal.

Modificação de atitudes

A Figura 16 mostra a modificação e a evolução da minha atitude perante a referenciação ao longo do estágio. Devido à curta duração do estágio, optei por dividi-lo em dois períodos iguais de 15 dias. Ao longo do estágio verifica-se uma diminuição do número de situações que referenciaria para esta especialidade. Esta evolução aconteceu à custa de situações em que o tratamento médico pode ser feito no centro de saúde, como a rinossinusite, a presbiacusia, os acúfenos e a otite serosa. No entanto, continuaria a referenciar a maior parte dos utentes observados. A maioria por ter patologia cirúrgica (como os desvios do septo ou patologia do ouvido médio), outros pela complexidade dos casos e falência da terapêutica inicial. Optei ainda por manter a referenciação de todos os utentes com cerúmen em excesso por

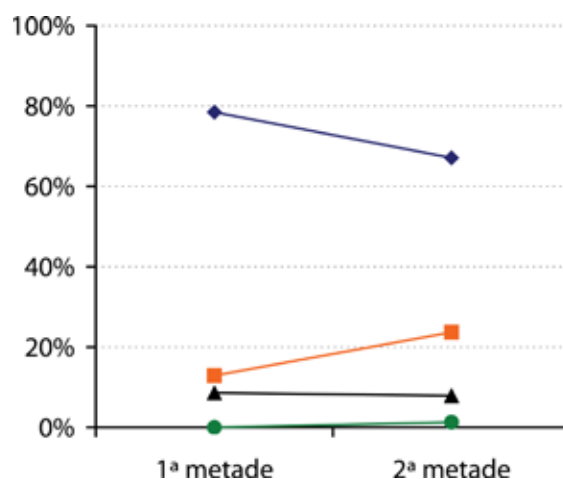


Figura 16. Atitude perante a referenciação nas consultas de ORL (n=169). ◆ Referenciava antes e depois; ■ não referenciava antes nem depois; ▲ referenciava antes, mas não depois; ● não referenciava antes, mas referenciava depois.

três razões: 1) apesar de simples, é uma situação que compromete a acuidade auditiva e a qualidade de vida do utente; 2) a aspiração é a melhor técnica para a resolver; e 3) existe capacidade de resposta da consulta externa de ORL para receber estes utentes num tempo razoável. Além disso, a técnica alternativa (lavagem) também não está disponível no centro de saúde, pelo que teria que encaminhar os utentes para uma instituição fora do Serviço Nacional de Saúde, o que não considero ideal.

Aprendizagem

Mais uma vez, dividi o estágio em dois períodos de 15 dias. Da análise da Figura 17 verifica-se a existência de um período inicial rico em aquisição de conhecimentos novos. Esta diminuiu acentuadamente na segunda metade do estágio, onde ocorreu principalmente consolidação de conhecimentos. Seria de esperar que, se o estágio fosse maior, o número de consultas com aquisição de conhecimentos novos fosse cada vez menor. Assim, apesar do estágio ter tido apenas um mês de duração, esta parece ter sido adequada aos objectivos que pretendia atingir.

Grau de participação

Participei em todas as consultas como observador, sendo-me quase sempre dada a possibilidade de executar o exame objectivo depois do otorrinolaringologista.

URGÊNCIA DE OTORRINOLARINGOLOGIA

A urgência de ORL estava aberta ao público entre as 8 e as 20 horas. O acesso era livre, não sendo necessária referência. Entre as 20 e as 8 horas a urgência funcionava em regime de prevenção, estando apenas disponível por referência dentro do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental. Frequentei a urgência com o objectivo de contactar com situações de doença aguda, que raramente são observadas na consulta.

Problemas

O Quadro XXIX mostra os problemas mais frequentes encontrados no serviço de urgência de ORL. Os problemas mais frequentes foram otite média aguda / miringite (H71) e otite média serosa (H72), a maioria em crianças que se queixavam de dor no ouvido ou com uma infecção respiratória alta que condicionava o aparecimento de otite serosa. Já os adultos recorriam à urgência principalmente por hipoacusia, em consequência de cerúmen em excesso no ouvido (H81); epistaxis (R06), nalguns casos por hipertensão arterial não controlada; dor referida ao ouvido que, na ausência de alterações na otoscopia, se verificava ter origem na articulação temporo-mandibular (L07); e prurido do ouvido por eczema do canal auditivo externo ou dor no ouvido por otite externa (H70).

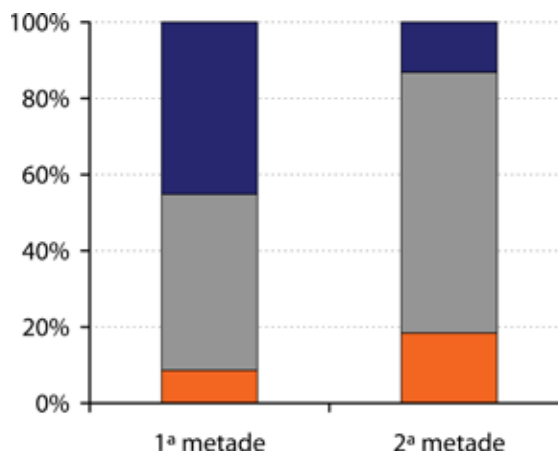


Figura 17. Evolução da aprendizagem ao longo do estágio de ORL (n=169). ■ Conhecimentos novos; ■ consolidação de conhecimentos; ■ sem aquisição de conhecimentos.

Quadro XXIX. Problemas mais frequentes na urgência de ORL.

Problema	n
H71: Otite média aguda / miringite	10
H72: Otite média serosa	8
H81: Cerúmen no ouvido em excesso	7
R06: Hemorragia nasal / epistaxis	6
L07: Sinal / sintoma da mandíbula	5
H70: Otite externa	5
Outros	39

Gestos

Na urgência realizei 20 otoscopias, onde pude observar otites médias agudas, otites médias serosas, eczemas do canal auditivo externo, otites externas e ouvidos normais. Fiz também três rinoscopias anteriores em utentes com epistaxis.

Observei a remoção de dois corpos estranhos do nariz e um do ouvido, todos em crianças. Devido ao reduzido número de casos que encontrei, não tive oportunidade de praticar a remoção de corpos estranhos.

CONCLUSÃO

Este estágio opcional permitiu-me melhorar conhecimentos e aptidões práticas na área da otorinolaringologia. Dos objectivos que tracei aquando da sua escolha, quase todos foram cumpridos. Melhorei a minha capacidade de diagnóstico e tratamento de situações frequentes como a hipoacusia, acufenos, vertigem, otite serosa, otite média aguda, otite externa, rinossinusite e disfonia. Aperfeiçoei a realização da otoscopia e da rinoscopia anterior e evolui na interpretação do audiograma e de exames de imagem nesta área. Existem agora muitos utentes que deixarei de referenciar a esta especialidade, ou pelo menos não o farei numa fase tão inicial da doença. Mesmo nas situações que poderão ter indicação cirúrgica ou necessitar de técnicas que não estão disponíveis no centro de saúde, sinto-me mais capaz de seleccionar os utentes que beneficiam da referenciação à ORL.

Dos objectivos que defini, ficaram por cumprir o treino da laringoscopia indirecta e a remoção de corpos estranhos, pelas razões que explicitiei acima; a abordagem das perturbações olfativas, uma vez que apenas presenciei casos em que a diminuição do olfacto era um sintoma associado a rinite ou sinusite; e vi apenas alguns casos de neoplasia da laringe e tumores benignos dos seios perinasais, não tendo encontrado doentes com outras neoplasias da cabeça e do pescoço.

Avaliação do estágio de otorrinolaringologia
Desempenho
46

[Anexo 12 

ESTÁGIO DE DERMATOLOGIA

Serviço de Dermatologia – HSAC, 1 a 30 de Abril de 2008

Orientador: não definido

O médico de família é frequentemente confrontado com problemas do foro dermatológico, a maioria dos quais não necessita de referenciação para a consulta desta especialidade. Além disso, a acessibilidade a esta consulta é, na maior parte dos casos, algo limitada. Assim, cabe ao médico de família resolver grande parte dos problemas dermatológicos. Esta é, contudo, uma das áreas onde sinto que a minha preparação pré-graduada é menor, razão pela qual decidi fazer um estágio opcional de dermatologia.

ORGANIZAÇÃO DO ESTÁGIO

O estágio decorreu na consulta externa de dermatologia, onde são também vistos utentes enviados para observação por dermatologista pela urgência do hospital de São José. No entanto, durante o estágio foram raras as situações de urgência. A maioria eram casos em que era necessária uma consulta de dermatologia num intervalo de tempo menor que aquele proporcionado pela referenciação normal. Assim, optei por considerar as consultas de urgência juntamente com as de dermatologia geral.

CONSULTAS DE DERMATOLOGIA

A consulta externa de dermatologia tinha lugar num espaço com sete gabinetes de consulta, uma sala de tratamento de enfermagem e um pequeno bloco operatório. O acesso à consulta por parte dos utentes era, até ao início do estágio, livre (sem necessidade de referênciação). No entanto, devido à redução do número de médicos, passou a ser obrigatória a referênciação por parte do médico de família, do serviço de urgência dos hospitais de S. José e D. Estefânia (que fazem parte do mesmo centro hospitalar que o hospital dos Capuchos), de uma outra consulta externa do centro hospitalar ou de uma consulta privada de dermatologia. Era ainda permitida a marcação de consultas subsequentes aos utentes que já tinham sido vistos nesta consulta. A consulta estava dividida em várias áreas: dermatologia geral, dermatologia pediátrica, venereologia, úlcera de perna, cabelo, dermatologia de contacto, oncologia cutânea, fototerapia e dermatologia digital. Por serem consultas sobretudo dedicadas à execução de técnicas da área da dermatologia, optei por não frequentar as consultas de oncologia cutânea, fototerapia e dermatologia digital. Na consulta de dermatologia de contacto apenas estive presente na remoção dos alérgenos e primeira leitura (às 48 horas). Nunca estive na primeira consulta, onde era colhida a história clínica e eram seleccionados e aplicados os produtos a testar; nem na consulta final onde era feita a leitura e a interpretação dos resultados. Assim, considerei não ter dados suficientes para classificar os problemas abordados, a minha atitude perante a referênciação ou a aprendizagem. Optei por considerar esta actividade como um gesto técnico a que assisti.

Durante o estágio participei em 371 consultas (Quadro XXX). A maioria dos utentes era do sexo feminino e a idade média dos utentes observados foi de 43,4 anos (Figura 18).

Quadro XXX. Consultas registadas no estágio de dermatologia, por tipo.

Consulta	n
Dermatologia geral	305
Dermatologia pediátrica	35
Venereologia	14
Úlcera de perna	14
Cabelo	3

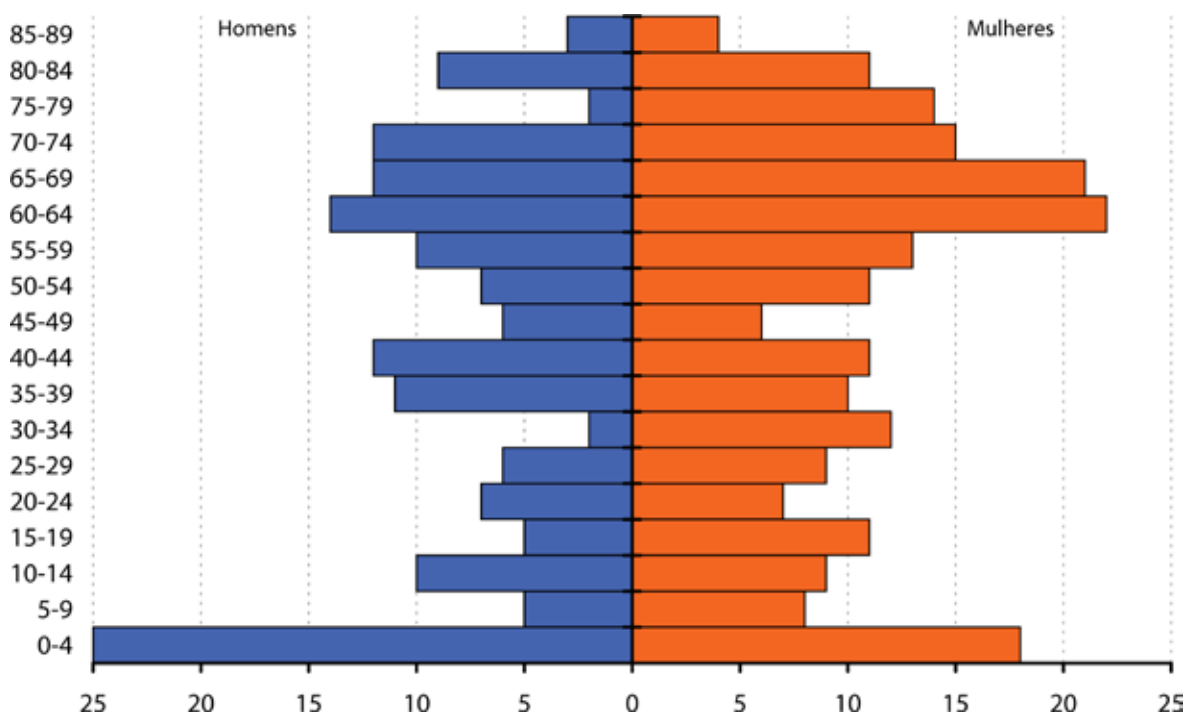


Figura 18. Pirâmide etária dos utentes observados durante o estágio de dermatologia (n=370 – numa das consultas não foi registada a idade da utente).

Problemas

Em média, foram abordados 1,2 problemas em cada consulta. Os problemas mais frequentes foram: outra doença de pele (S99), onde se incluem situações frequentes, como a queratose seborreica e a rosácea, e outras mais raras, como o vitíligo e o líquen plano; eczema atópico (S87), mais frequente nas crianças; dermatofitose (S74), onde se incluem as tinhas, a onicomicose e a pitíriase versicolor; psoríase (S91); queratose solar (S80), sobretudo queratoses actínicas em pessoas com mais de 65 anos; nevo / sinal da pele (S82), a maioria sem significado; e acne (S96), em adolescentes, mas também em algumas mulheres mais velhas (Quadro XXXI).

Os principais problemas observados na consulta de dermatologia geral são os mesmos que os descritos para o total de consultas (o que é natural, considerando que estas constituem 82% do total).

Na consulta de dermatologia pediátrica os principais problemas observados foram eczema atópico (S87), uma doença de pele muito frequente nas crianças; e dermatofitose (S74), a maioria tinhas do couro cabeludo em crianças provenientes de famílias com poucos recursos económicos.

Na venereologia os problemas mais frequentes foram os condilomas acuminados em homens (Y76), a maioria a fazer tratamento com crioterapia; sífilis masculina (Y70); e balanite (Y75).

Na consulta de úlcera de perna quase todos os doentes vinham por úlcera crónica de pele (S97), a maioria de etiologia venosa.

Apenas esteve presente em três consultas de cabelo, onde os problemas abordados foram foliculite do couro cabeludo (S10) e alopecia (S23).

Quadro XXXI. Problemas mais frequentes no estágio de dermatologia, por tipo de consulta.

Problema	n
Dermatologia geral	360
S99: Doença da pele, outra	46
S87: Dermatite / eczema atópico	27
S74: Dermatofitose	25
S80: Queratose solar / queimadura solar	25
Outros	237
Dermatologia pediátrica	38
S87: Dermatite / eczema atópico	12
S74: Dermatofitose	9
Outros	17
Venereologia	23
Y76 : Condiloma acuminado	6
Y70 : Sífilis masculina	3
Y75 : Balanite	3
Outros	11
Úlcera de perna	14
S97: Úlcera crónica da pele	12
K95: Veias varicosas da perna	1
S99: Doença da pele, outra	1
Cabelo	3
S10: Furúnculo / antraz	2
S23: Queda de cabelo / calvície	1
Total	438
S99: Doença da pele, outra	49
S87: Dermatite / eczema atópico	40
S74: Dermatofitose	34
Outros	315

Gestos

Durante este estágio não existiram gestos práticos cuja execução fosse importante treinar para realização no centro de saúde. Os gestos a que assisti (provas de contacto, crioterapia e aplicação de podofilotoxina), apesar de serem de execução tecnicamente simples, implicam um nível de conhecimento especializado na decisão de os aplicar, na sua interpretação ou no manejo das suas complicações.

Modificação de atitudes

Teria referenciado a maioria dos utentes observados e modifiquei a minha atitude em 34 consultas, em 28 casos deixando de referenciar futuras situações idênticas e em seis situações passaria a enviar os utentes à consulta de dermatologia quando antes não o faria – Quadro XXXII.

Quadro XXXII. Atitude perante a referência no estágio de dermatologia, por tipo de consulta.

Consulta	Referenciava antes e depois (%)	Não referenciava antes nem depois (%)	Referenciava antes, mas não depois (%)	Não referenciava antes, mas sim depois (%)
D. geral (n=305)	71,5	18,7	8,2	1,6
D. pediátrica (n=35)	42,9	45,7	8,6	2,9
Venereologia (n=14)	92,9	7,1	0,0	0,0
Úlcera de perna (n=14)	71,4	28,6	0,0	0,0
Cabelo (n=3)	100,0	0,0	0,0	0,0
Total (n=371)	69,8	21,0	7,5	1,6

Teria referenciado sempre os utentes que vi na consulta de cabelo. No entanto, por apenas ter estado presente em três consultas, não houve nesta área um número suficiente de consultas para ocorrer modificação de atitudes. Na consulta de venereologia também teria referenciado quase todos os utentes, o que se deveu a dois factores: a maioria dos utentes encontrava-se a fazer tratamentos que só podem ser feitos no hospital e alguns dos problemas abordados nesta consulta são relativamente raros na comunidade, pelo que a minha capacidade para os diagnosticar e tratar é inferior à do dermatologista. O número elevado de utentes que teria referenciado nas consultas de úlcera de perna é explicado por existir uma selecção de casos mais graves nesta consulta. A maioria dos utentes apresentava úlceras de perna complicadas por infecções ou difíceis de ceder ao tratamento, beneficiando de avaliação pelo dermatologista. Na consulta de dermatologia geral apenas deixaria de referenciar 8,2% dos utentes. Este número tão baixo é explicado por diversos factores. Em primeiro lugar, a dermatologia é uma área onde a minha capacidade de diagnóstico e tratamento fica, na maioria das situações, aquém da dos dermatologistas, pelo que não posso considerar que os utentes seriam tratados com a mesma qualidade por mim no centro de saúde. Isto não quer dizer que, na prática, eu referenciasse todos estes utentes sem primeiro tentar qualquer tipo de tratamento. Porém, o critério de qualidade de cuidados que utilizei para este indicador durante todo o internato, implica que considerasse a referência destes casos. Depois, uma boa parte dos utentes encontrava-se a fazer tratamentos que apenas existem no hospital, desde a crioterapia para a simples queratose seborreica até à utilização de imunomoduladores no tratamento da psoríase. A dermatologia pediátrica foi a consulta onde teria referenciado menos utentes, onde considerei não ser necessária a referência na maioria dos casos de tinha do couro cabeludo e eczema (os principais problemas nesta consulta).

Para analisar a evolução de atitudes optei por dividir o estágio em duas metades. Da análise da Figura 19 constata-se um aumento significativo da proporção de consultas em que não teria referenciado os utentes. Assim, apesar de no quadro anterior se ter verificado que teria referenciado a maioria dos utentes, esse número foi diminuindo ao longo do estágio, reflexo do processo de aprendizagem. Na segunda metade do estágio existiram 6 consultas em que passaria a referenciar o utente, mas não o teria feito antes. Estas consultas representam situações em que eu teria feito um diagnóstico errado ou instituído um tratamento menos correcto. Poderão traduzir excesso de confiança nas minhas capacidades ou falta de alguns conhecimentos.

Aprendizagem

Mais uma vez, dividi o estágio em dois períodos de 15 dias. Na primeira metade do estágio houve aquisição de novos conhecimentos na maioria das consultas (Figura 20). Já na segunda metade, houve sobretudo consolidação de conhecimentos. Porém, o número de consultas em que existiu aquisição de conhecimentos novos permaneceu significativo (26,3%), o que sugere que poderia ter existido benefício se o estágio se prolongasse por mais tempo.

Grau de participação

Participei em todas as consultas como observador.

CONCLUSÃO

Este estágio permitiu-me cumprir os objectivos que havia definido aquando da sua escolha como opcional. Foi grande a aquisição de conhecimentos, tanto no diagnóstico, como no tratamento das patologias dermatológicas mais frequentes. Também melhorei a minha capacidade para reconhecer as doenças dermatológicas mais graves, nomeadamente as neoplasias. Passei a saber diagnosticá-las mais prontamente e identificar aquelas que mais beneficiarão de uma referência à dermatologia para efectuar tratamentos mais diferenciados (como nas formas graves de psoríase, eczema e acne). Na venereologia, aprendi a diagnosticar as doenças mais frequentes e a importância da avaliação de todas as doenças sexualmente transmissíveis nos doentes de risco.

Já nos problemas dermatocósméticos e na utilização de produtos de aplicação tópica não sujeitos a receita médica (como emolientes, exfoliantes e produtos de beleza), sinto que os meus conhecimentos continuam a ser muito diminutos. Assim, continuo a sentir-me pouco preparado para lidar com estes problemas na consulta.

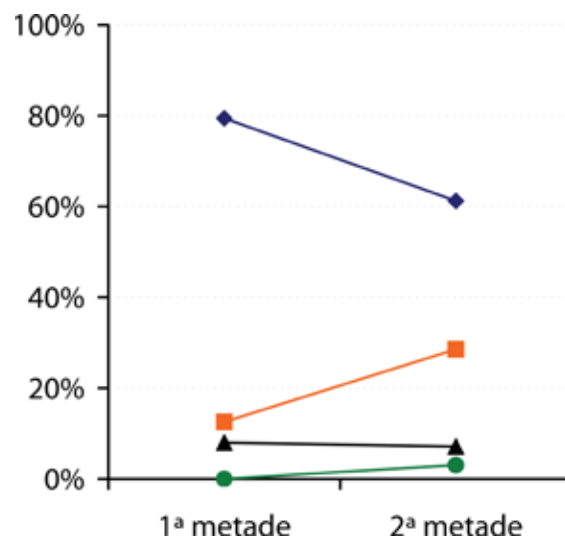


Figura 19. Evolução das atitudes ao longo do estágio de dermatologia (n=371). —◆— Referenciava antes e depois; —■— não referenciava antes nem depois; —▲— referenciava antes, mas não depois; —●— não referenciava antes, mas referenciava depois.

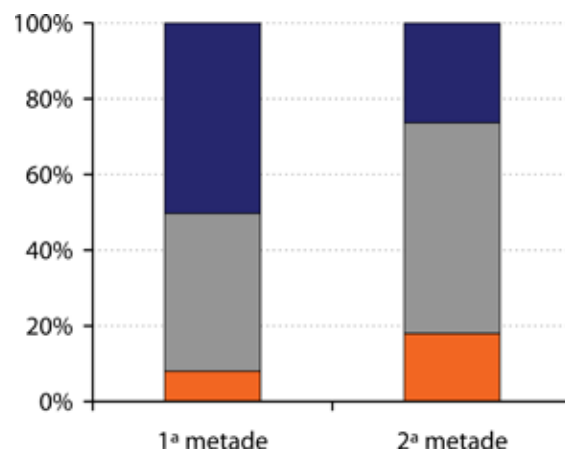


Figura 20. Evolução da aprendizagem ao longo do estágio de dermatologia.

Avaliação do estágio de dermatologia
Desempenho
41

[Anexo 12 

ESTÁGIO DE DIABETOLOGIA

APDP, 1 de Maio a 30 de Junho de 2008

Orientador: Dr. Rui Duarte

A diabetes é uma patologia de particular relevância nos Cuidados de Saúde Primários: a sua prevalência é elevada; está associada a morbilidade e mortalidade significativas; e existe um grande potencial de prevenção (primária, secundária e terciária). Por ser uma doença multi-sistémica, exige uma abordagem integrada e multidisciplinar, envolvendo médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, podologistas e outros profissionais.

ORGANIZAÇÃO DO ESTÁGIO

O estágio dividiu-se entre a participação nas actividades clínicas (cinco semanas) e de formação da APDP (três semanas). Na vertente clínica participei mais activamente nas consultas de diabetologia, passando por períodos curtos noutras actividades complementares (consulta de cardiologia, ensino com enfermeira, ensino de nutrição, podologia e retinografia).

A APDP

A APDP é uma Instituição Particular de Solidariedade Social que oferece aos seus utentes consultas médicas de diabetologia, pediatria, cardiologia, oftalmologia, nefrologia, urologia e planeamento familiar (preparação da gravidez em diabéticas tipo 1). Estas são complementadas por consultas de nutrição, enfermagem, podologia e psicologia. Para além disso, realizam-se periodicamente sessões de ensino aos doentes, principalmente nas áreas de nutrição e podologia. A APDP possui ainda um laboratório de análises clínicas e efectua exames complementares de diagnóstico nas áreas da cardiologia e oftalmologia.

CONSULTAS

A consulta de diabetologia destinava-se aos diabéticos tipo 1 e a diabéticos tipo 2 com complicações ou dificuldades de controlo que justificavam o seu envio a um centro terciário. As crianças com diabetes tipo 1 eram seguidas na consulta de pediatria até aos 18 anos. Os utentes podiam recorrer à APDP por referência do seu médico de família ou de outro médico do Serviço Nacional de Saúde. As restantes consultas só podiam ser acedidas por referência interna.

Antes da consulta, os doentes eram convocados para o que era designado por “circuito de primeira vez”. Neste circuito os diabéticos realizavam um conjunto padronizado de análises clínicas, retinografia, rastreio podológico (onde eram identificados os doentes que deviam iniciar de imediato seguimento no departamento de podologia), uma sessão de educação conjunta sobre nutrição e outra sobre cuidados ao pé diabético.

As consultas de diabetologia eram asseguradas por especialistas em endocrinologia, medicina interna e medicina geral e familiar.

Durante o estágio estive presente em 114 consultas de diabetologia e três de cardiologia. Na consulta de cardiologia, observei ainda a execução de três ecocardiogramas. Os doentes tinham idades compreendidas entre os 16 e os 86 anos (média 55,6 anos) e eram maioritariamente do sexo masculino (Figura 21).

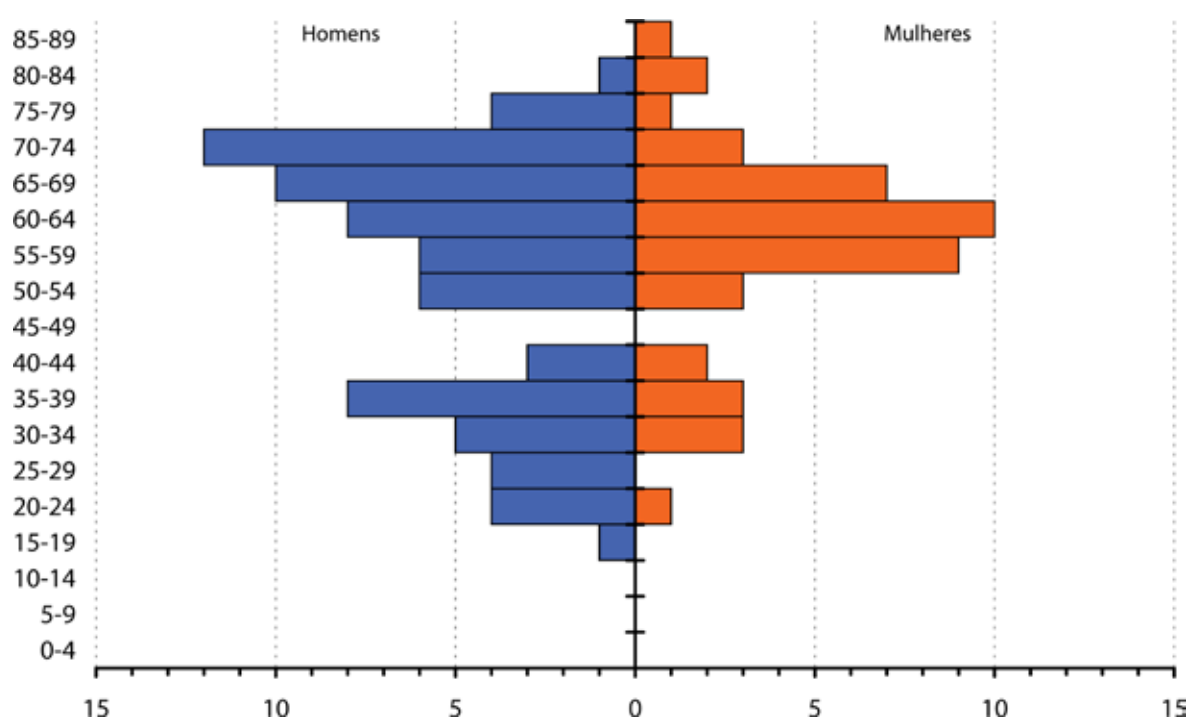


Figura 21. Pirâmide etária dos doentes observados no estágio de diabetologia (n=117).

Problemas

Na consulta de diabetologia, foram abordados em média 2,5 problemas em cada consulta. Os mais frequentes foram: diabetes tipo 2 (T90), hipertensão sem complicações (K86), diabetes tipo 1 (T89) e alteração do metabolismo dos lípidos (T93) – Quadro XXXIII. É de salientar que os problemas obesidade (T82) e excesso de peso (T83) terão provavelmente sido subregistados (foram identificados em apenas 12,3% dos doentes). Tal ficar-se-á a dever a dois factores: 1) os doentes eram pesados antes da consulta, por um técnico auxiliar, e, como observador na maior parte das consultas, muitas vezes não me conseguia aperceber do índice de massa corporal; 2) o problema nem sempre era abordado durante a consulta (o que não quer dizer que não fossem propostas modificações do estilo de vida para melhor controlo da diabetes, mas quase sempre abordadas no contexto do controlo metabólico da diabetes e não do problema do peso).

Quando agrupados por capítulos da ICPC-2, 61% dos problemas pertenciam ao capítulo endócrino, metabólico e nutricional (T), seguidos dos problemas do aparelho circulatório (K). No seu conjunto,

Quadro XXXIII. Problemas mais frequentes nas consultas de diabetologia e cardiologia.

Problema	n
Diabetologia	280
T90: Diabetes não insulino-dependente	76
K86: Hipertensão sem complicações	52
T89: Diabetes insulino-dependente	38
T93: Alteração do metabolismo dos lípidos	38
T82: Obesidade	13
Outros	63
Cardiologia	11
T90: Diabetes não insulino-dependente	3
K87: Hipertensão com complicações	2
T93: Alteração do metabolismo dos lípidos	2
Outros	4

estes dois capítulos da ICPC-2 abrangem 83,9% dos problemas registados na consulta de diabetologia.

Na consulta de cardiologia, os doentes tinham em média mais problemas de saúde (3,7). Os mais frequentes foram a diabetes tipo 2 (T90), a hipertensão com complicações (K87) e a alteração do metabolismo dos lípidos (T93).

Gestos

Nas consultas de diabetologia e cardiologia não existiram gestos práticos cuja execução fosse importante treinar para realização no centro de saúde.

Modificação de atitudes

Teria referenciado sempre 45,6% dos doentes que vi na consulta de diabetologia. A maior parte destes eram diabéticos tipo 1, que deviam ser seguidos num centro especializado. Os restantes eram diabéticos tipo 2 que, pela dificuldade em atingir o controlo metabólico desejado ou pelas complicações associadas, beneficiavam claramente de um seguimento num centro terciário. Porém, metade dos doentes observados poderia ter um seguimento com igual qualidade no seu médico de família, pelo que não os teria referenciado à APDP. Muitos destes doentes eram já seguidos na APDP há anos, havendo alguma dificuldade (tanto da parte dos doentes como dos médicos) em dar-lhes alta por razões que vão desde mitos sobre a APDP ao real mau funcionamento dos centros de saúde a que pertenciam.

Se forem considerados apenas os diabéticos tipo 2 (n=76), teria referenciado antes e depois da consulta 18,4% dos doentes e não referenciaria antes nem depois 75,0% dos casos. A proporção de consultas em que não referenciaria os utentes foi bastante alta quando comparada com outros estágios. A explicação para estes números reside no facto de as duas primeiras semanas do estágio terem sido ocupadas por cursos formativos. Estes permitiram a aquisição de muitos conhecimentos novos e consolidação de outros. Assim, o meu nível de conhecimentos sobre o diagnóstico e tratamento da diabetes no momento em que comecei a frequentar as consultas era já muito superior àquele com que iniciei o estágio.

A modificação de atitudes aconteceu em cinco consultas. Em quatro delas deixaria de referenciar os doentes e numa passaria a enviar para a APDP um caso em que antes da consulta não o faria. A proporção de consultas em que deixaria de referenciar os utentes foi bastante baixa. Mais uma vez, a justificação reside na aprendizagem que aconteceu fora do espaço da consulta.

Quanto à atitude perante a referenciação é analisada em função do tempo de estágio (Figura 22), verifica-se que a proporção de consultas em que não referenciaria os doentes antes nem depois aumentou ligeiramente, tendo diminuído as restantes três alternativas. Este aumento não foi tão acentuado como em outros estágios pelas razões discutidas acima.

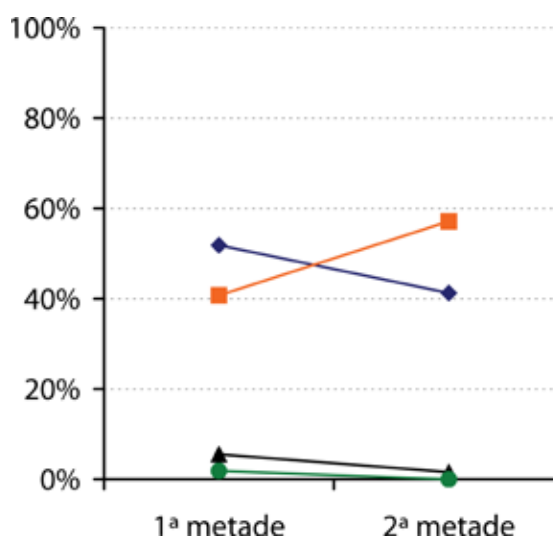


Figura 22. Evolução das atitudes ao longo do estágio de diabetologia (n=117). —◆— Referenciava antes e depois; —■— não referenciava antes nem depois; —▲— referenciava antes, mas não depois; —●— não referenciava antes, mas referenciava depois.

Aprendizagem

Para a análise da aprendizagem dividi o estágio em dois períodos de um mês. Ao contrário dos outros estágios, não aconteceu um período inicial de maior aquisição de novos conhecimentos, seguido de consolidação desses conhecimentos na segunda metade do estágio. A aquisição de novos conhecimentos aconteceu em apenas 8% das consultas. Mais uma vez, tal ficar-se-á a dever aos cursos de formação em diabetes frequentados no início do estágio, onde adquiri a maior parte dos conhecimentos teóricos. As consultas serviram sobretudo para consolidar esses conhecimentos na prática e adaptar a sua aplicação ao doente.

Grau de participação

Particpei como observador na maioria das consultas, especialmente na primeira metade do estágio (Figura 24). Durante a segunda metade realizei com autonomia 37% das consultas.

OUTRAS ACTIVIDADES ASSISTENCIAIS

Para melhor compreender a perspectiva holística da abordagem da diabetes, passei algum tempo com outros profissionais de saúde que prestam cuidados ao diabético.

Ensino com enfermeira

Assisti a quatro consultas de ensino feito pela enfermeira, todas em diabéticos tipo 2. Nestes ensinamentos foram abordados os temas da alimentação, exercício físico, auto-monitorização da glicémia, administração de insulina (locais, utilização das canetas, ajuste da dose) e correcção de hipoglicémias. Aprendi também a identificar lipodistrofias provocadas pela administração subcutânea de insulina.

Ensino de nutrição

Estive presente em três consultas de ensino feito pela nutricionista. Duas foram em diabéticos tipo 2 com obesidade e excesso de peso, em que foram construídos planos alimentares personalizados. A terceira foi num diabético tipo 1 e o principal tema abordado foi a contagem de hidratos de carbono e respectivo ajuste das doses de insulina.

Podologia

No departamento de podologia da APDP trabalham em conjunto médicos, enfermeiros, podologistas e técnicos de quiropodia. Pude observar o tratamento de 15 diabéticos. Presenciei o tratamento de úlceras infectadas com osteomielite subjacente, mal perfurante plantar, necrose de dedos do pé, pé de Charcot, onicomioses, onicodistrofias e calosidades. Vi ainda a técnica de descompressão de zonas de pressão e a construção e adaptação de palmilhas.

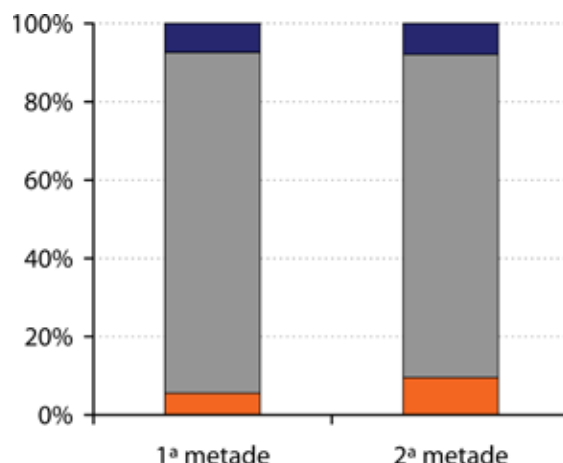


Figura 23. Evolução da aprendizagem ao longo do estágio de diabetologia (n=117).

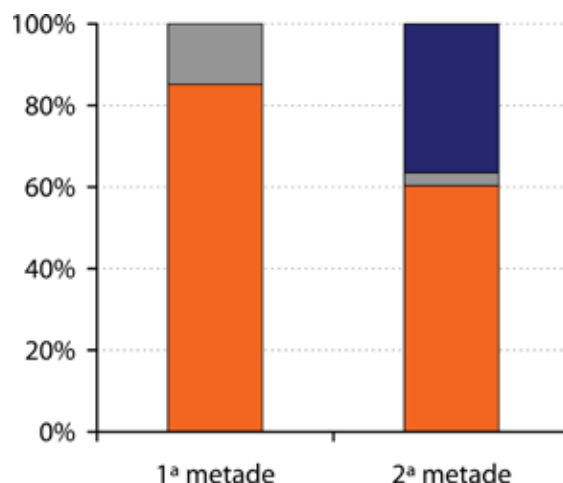


Figura 24. Grau de participação nas consultas ao longo do estágio de diabetologia (n=117).

Retinografia

Na APDP o rastreio oftalmológico é feito através de retinografia (realizada por um técnico e depois lida pelo oftalmologista) e apenas são chamados para consulta de oftalmologia os diabéticos que apresentem alterações na retinografia. Observei a realização de três destes exames.

CURSOS DE FORMAÇÃO

Durante o estágio foi-me dada a oportunidade de realizar alguns dos cursos que decorrem regularmente na APDP.

Curso básico de diabetes

Este curso introdutório teve lugar de 5 a 9 de Maio. Os seus objectivos eram abordar o diagnóstico e tratamento da diabetes, com especial enfoque na diabetes tipo 2 e nos anti-diabéticos orais. Contudo, por ter coincidido com a Escola de Primavera da APMCG, apenas pude estar presente no primeiro dia do curso.

Curso avançado de diabetologia clínica

Frequentei este curso entre 12 a 16 de Maio. O curso funcionava com um componente teórico e outro prático (nas consultas da APDP). Foram abordados o diagnóstico, o tratamento (incluindo insulino-terapia) e complicações da diabetes tipos 1 e 2. Foram também discutidas a evidência científica mais recente sobre diabetes, a psicopedagogia na educação do doente diabético e os aspectos da relação médico-doente. [Anexo 13 

Curso do pé diabético

Este curso decorreu entre 2 e 6 de Junho e destinava-se a médicos e enfermeiros. Os seus objectivos principais eram proporcionar conhecimentos sobre as principais patologias que afectam o pé dos diabéticos, o seu tratamento e prevenção. Foi também abordado o exame do pé do diabético no contexto de rastreio e de avaliação de patologia. O curso tinha um componente teórico e outro prático. As aulas práticas decorreram no departamento de podologia da APDP. No âmbito do curso assisti a uma sessão educativa sobre pé diabético. [Anexo 14 

CONCLUSÃO

O estágio na APDP permitiu-me melhorar significativamente os conhecimentos e a capacidade de actuação na área da diabetes. Os objectivos que tracei aquando da escolha deste estágio opcional foram não só cumpridos, como largamente superados. A formação teórica, aliada à experiência prática nas consultas de diabetes e em alguns departamentos da APDP, tornaram o processo de aprendizagem mais fácil e eficaz. Com este estágio, melhorei a capacidade para reconhecer e diagnosticar os vários tipos de diabetes, iniciar e ajustar o tratamento com anti-diabéticos orais e várias insulinas, fazer o rastreio das complicações da diabetes, tratar algumas dessas complicações e participar na educação do doente diabético.

Avaliação do estágio de diabetologia
Desempenho
46

[Anexo 12 

ESTÁGIO DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

CARACTERIZAÇÃO DO CONCELHO DE Oeiras

Conhecer a comunidade em que o utente se insere é uma das tarefas fundamentais do médico de família. Só assim é possível abordar o utente no seu contexto, utilizar os recursos dessa mesma comunidade para o apoiar e fundamentar o raciocínio probabilístico que permite reconhecer o frequente e o raro.⁵ Além disso, a competência do médico de família extravasa o utente individual e abarca também a saúde da comunidade no seu todo.

SITUAÇÃO GEOGRÁFICA

O concelho de Oeiras localiza-se na margem norte do estuário do Tejo e ocupa uma área de 45,84 Km².⁶ É delimitado pelos concelhos de Sintra e Amadora a norte; Lisboa a este; Cascais a oeste; e pelo rio Tejo a sul. O concelho é composto por dez freguesias: Oeiras e São Julião da Barra (a sede de concelho), Paço d'Arcos, Caxias, Cruz Quebrada / Dafundo, Linda-a-Velha, Algés, Carnaxide, Queijas, Barcarena e Porto Salvo (Figura 25).



Figura 25. Imagem de satélite do concelho de Oeiras.

ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E SOCIO-ECONÓMICOS

O Quadro XXXIV resume os principais indicadores demográficos e socio-económicos do concelho de Oeiras e compara-os com a população portuguesa. Segundo a estimativa da população residente,⁷ o concelho de Oeiras tinha em 2008 172.021 habitantes. Destes, 52,9% eram mulheres, 15,4% eram crianças com menos de 15 anos e 17,9% tinham 65 ou mais anos. Em relação aos censos de 2001, registou-se um aumento de 6,1% da população residente. No entanto, este crescimento não foi igual em todas as faixas etárias. Nas crianças e jovens houve um crescimento acentuado, contrariando a tendência nacional. Pelo contrário, na faixa dos 15 aos 24 anos o crescimento foi negativo. Na população activa (25 aos 64 anos), registou-se um crescimento de 5,9%. Mas o maior aumento ocorreu na população com 65 ou mais anos, que cresceu 27,5%, bem acima da média nacional.

Apesar dos índices de envelhecimento e dependência de idosos serem semelhantes aos do resto do país, a variação entre 2001 e 2008 mostra que a população de Oeiras está a envelhecer a um ritmo mais acelerado. Esta tendência poderá ser contrariada no futuro, fruto da maior taxa de natalidade e do aumento de crianças até aos 14 anos. Porém, a variação negativa do crescimento entre os 15 e os 24 anos poderá significar que as camadas mais jovens da população saem do concelho. A busca de emprego e de habitação mais barata poderão estar entre as causas desta saída.

Alguns indicadores sociais mostram que a população do concelho se encontra num nível socio-económico acima da média nacional. A taxa de analfabetismo é menos de metade da registada no país e quase um quarto da população do concelho tem o ensino superior. A taxa de desemprego, aqui tomada como a da região de Lisboa e Vale do Tejo, é ligeiramente superior à média nacional. O indicador de poder de compra coloca Oeiras como o segundo concelho mais rico do país, depois de Lisboa. No entanto, este indicador disfarça as desigualdades existentes em Oeiras.

Quadro XXXIV. Comparação da população de Oeiras com a população de Portugal (dados de 2008, excepto quando especificado).⁷

Característica	Oeiras	Portugal
População residente (n)	172.021	10.627.250
Densidade populacional (hab/Km ²)	3.758,1	115,4
Sexo (%)		
Homens	47,1	48,4
Mulheres	52,9	51,6
Idade (%)		
≤ 14	15,4	15,3
15 – 24	9,5	11,4
25 – 64	57,2	55,7
≥ 65	17,9	17,6
Varição face a 2001 (%)		
≤ 14	+6,1	+2,6
15 – 24	+16,7	-4,4
25 – 64	-27,0	-20,3
≥ 65	+5,9	+4,5
Índice de envelhecimento (%)	+27,5	+7,3
Índice de dependência de idosos (%)	116,2	115,0
Índice de dependência juvenil (%)	26,8	26,2
Nível de ensino* (%)	23,1	22,8
Nenhum		
1º ciclo ensino básico	9,4	14,3
2º ciclo ensino básico	22,3	35,1
3º ciclo ensino básico	8,0	12,6
Secundário	10,1	10,9
Médio	21,7	15,7
Superior	2,2	0,8
Taxa de analfabetismo* (%)	26,3	10,8
Taxa de natalidade (‰)	3,7	9,0
Taxa de mortalidade (‰)	11,7	9,8
Taxa de mortalidade infantil [†] (‰)	8,3	9,8
Taxa de nupcialidade (‰)	2,6	3,5
Taxa de divórcio [‡] (‰)	2,6	4,1
Médicos [§] (/1000 hab)	2,5	2,2
Taxa de desemprego ^{**} (%)	8,5	3,7
Indicador de poder de compra ^{††}	10,3	9,8
	173,0	100,0

* Censos 2001. † Quinquénio 2004-2008. ‡ Dados de 2006. § Por local de residência. ** 3º trimestre de 2009 – não existem dados a nível concelhio, pelo que se considerou a região de Lisboa e Vale do Tejo. †† Dados de 2007.

RECURSOS E INDICADORES DE SAÚDE

No concelho de Oeiras existe um ACES (Grande Lisboa IV – Oeiras) e dois hospitais: o de Santa Cruz, pertencente ao Serviço Nacional de Saúde; e o hospital prisional S. João de Deus – Caxias – pertencente ao Ministério da Justiça. Existe ainda um hospital particular, da Santa Casa da Misericórdia.

O número de médicos residentes no concelho era de 1463 em 2008, correspondendo a 8,5 médicos por 1000 habitantes.⁷ Destes, 509 eram não especialistas e 954 especialistas, com 106 especialistas em medicina geral e familiar. Existiam 3,7 enfermeiros, 137 farmacêuticos e 0,2 farmácias por 1000 habitantes.

Em 2001 existiam 19 laboratórios de análises clínicas, 6 centros de enfermagem, 38 clínicas médicas

privadas, 39 clínicas dentárias e 6 centros privados de medicina física e reabilitação.⁸ Na vertente de apoio à terceira idade, existiam no concelho 39 lares, com capacidade para 817 utilizadores, 23 centros de dia, 13 centros de convívio e 21 instituições que prestavam apoio domiciliário.⁸ Contudo, a utilização destes recursos no decorrer da actividade do centro de saúde não é muito eficaz, sobretudo fruto do desconhecimento mútuo e falta de agilidade na transmissão da informação acerca dos recursos existentes aos utentes.

As taxas de mortalidade e, especialmente, de mortalidade infantil (Quadro XXXIV) foram inferiores à média nacional, o que poderá estar relacionado com maior nível socio-económico, maior literacia e melhor acesso aos cuidados de saúde. Em 2008, a principal causa de morte no concelho foram as doenças cardiovasculares com 3,0 mortos por mil habitantes. Seguiram-se as neoplasias, com 2,4 mortos por mil habitantes.⁷

A taxa de incidência de casos notificados de doenças de declaração obrigatória foi de 0,3 casos por mil habitantes por ano.⁷ Não foram disponibilizados dados mais detalhados pelo serviço de Saúde Pública.

ACES

O centro de saúde de Oeiras está, desde Abril de 2009, integrado no ACES Grande Lisboa IV – Oeiras, juntamente com o centro de Saúde de Carnaxide. A criação do ACES aconteceu durante o estágio, mas não trouxe uma mudança significativa nos serviços assistenciais prestados pela USF onde estou integrado. As mudanças foram principalmente de organização dos restantes serviços do centro de saúde (sobretudo os partilhados) e de gestão.

O ACES é composto por dois centros de saúde: Oeiras e Carnaxide, cada um abrangendo aproximadamente metade da população. O primeiro serve as freguesias de Barcarena, Caxias, Oeiras e São Julião da Barra, Paço d'Arcos e Porto Salvo. É composto pela sede, na freguesia de Oeiras e São Julião da Barra e duas extensões, nas freguesias de Barcarena e Paço d'Arcos. O centro de saúde de Carnaxide serve as restantes freguesias do concelho (Algés, Carnaxide, Cruz Quebrada / Dafundo, Linda-a-Velha e Queijas). É composto pela sede, em Carnaxide, e três extensões: Algés, Dafundo e Linda-a-Velha.

O CENTRO DE SAÚDE

AMBIENTE FÍSICO E FUNCIONAL

O centro de saúde de Oeiras ocupa três edifícios na zona do concelho que serve: a sede, na freguesia de Oeiras e São Julião da Barra, e as extensões de Barcarena e Paço d'Arcos (onde funciona a unidade de saúde pública), localizadas nas freguesias com o mesmo nome. A sede fica na avenida Salvador Allende, na vila de Oeiras (Figura 26). O acesso faz-se a pé, por

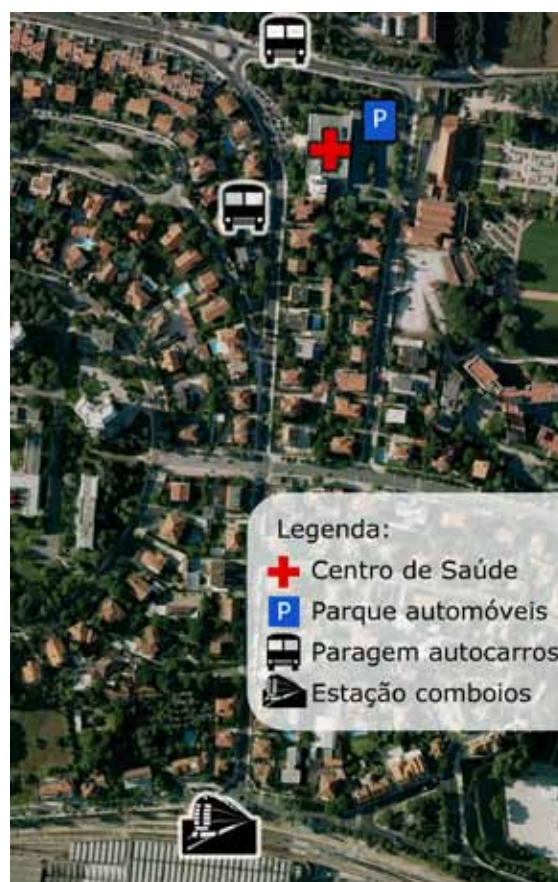


Figura 26. Vista de satélite da sede do centro de saúde de Oeiras e área envolvente.

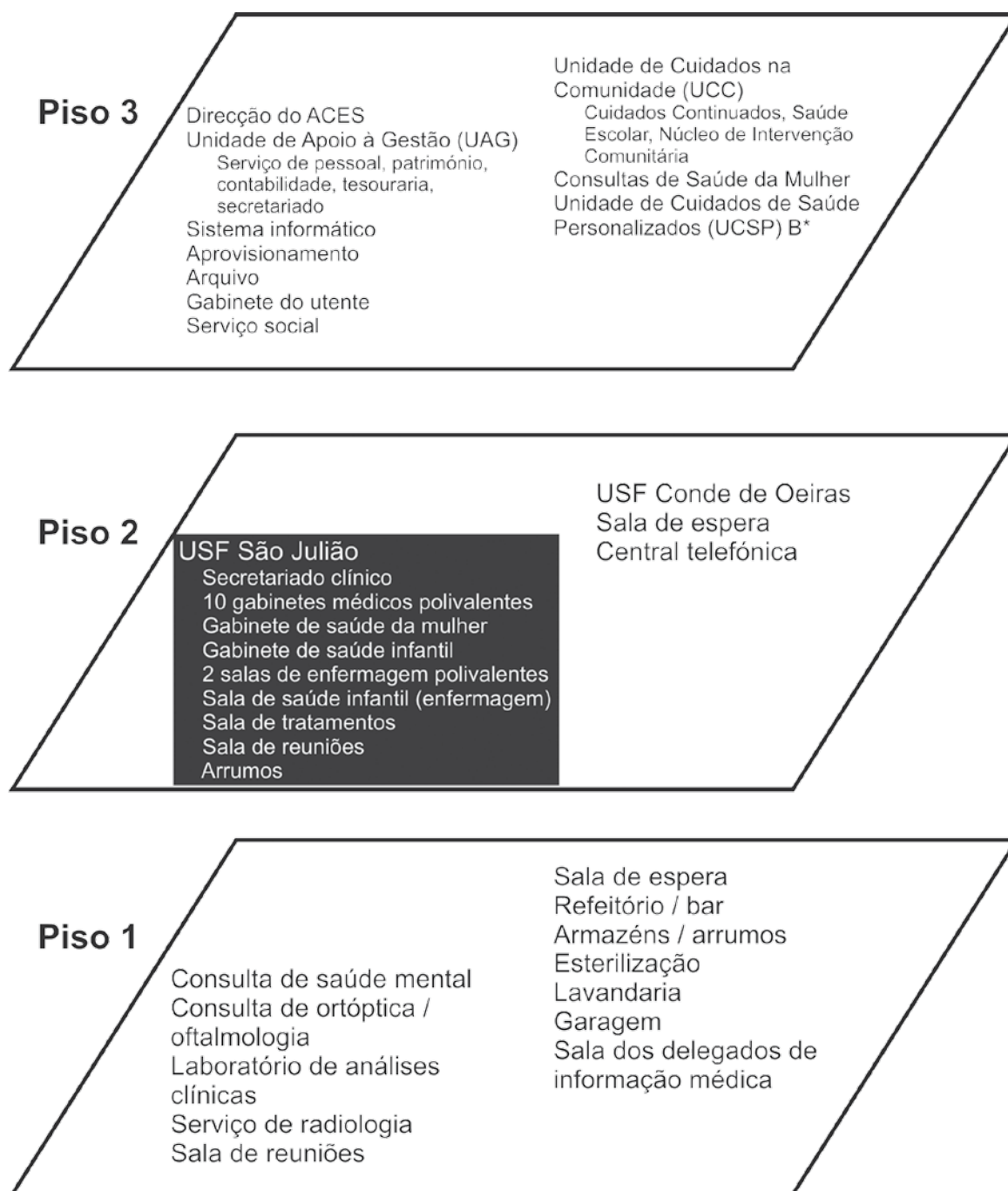


Figura 27. Esquema da sede do centro de Saúde de Oeiras em Novembro de 2009. Em maior detalhe a Unidade de Saúde Familiar de São Julião. * Aos sábados, entre as 9 e as 13 horas, funciona aqui o atendimento complementar.

transporte particular, por autocarro (carreiras 111 e 122 da Lisboa Transportes e 467, 468, 471 e 479 da Scotturb) ou por comboio. O edifício data de 1979 e foi construído especificamente para a função de centro de saúde, que se transferiu para aqui em 1982. É composto por três pisos idênticos e possui rampas de acesso e elevadores para cidadãos com mobilidade reduzida. A Figura 27 mostra um esquema do centro de saúde.

GRUPOS PROFISSIONAIS DO CENTRO DE SAÚDE

Com a criação do ACES, o quadro de pessoal passou a estar na dependência desta estrutura, com recursos humanos a serem partilhados pelos centros de saúde. No ACES de Oeiras trabalham médicos,

Quadro XXXV. Profissionais ao serviço do ACES de Oeiras em Novembro de 2009.

Categoria	ACES	USF S. Julião
Médicos	130	15
Clínicos gerais / Médicos de Família	108	9*
Internos MGF	15	6
Saúde Pública	4	0
Internos Saúde Pública	1	0
Ginecologia / obstetrícia	1	0
Radiologia	1	0
Dentista	1	0
Enfermeiros	98	8
Administrativos	81	5
Auxiliares	25	0
Técnicos	27	0
Acessor de imprensa	1	0
Director Executivo	1	0

* Um dos quais com meia lista por acumular as funções de Director Clínico.

enfermeiros, psicólogos, dentistas, administrativos, auxiliares e técnicos de várias áreas. O Quadro XXXV mostra a distribuição destes pelas várias categorias profissionais para o ACES e a USF São Julião. De notar que não estão referidos no quadro os profissionais responsáveis pela segurança e pelo serviço de limpeza, por pertencerem a empresas prestadoras de serviços contratadas pelo centro de saúde.

ORGANIZAÇÃO E CIRCUITO DO UTENTE

USF São Julião

A USF São Julião funciona de segunda a sexta-feira entre as 8 e as 20 horas. Nela trabalham nove médicos de família com lista de utentes atribuída (um dos quais com meia lista por acumular as funções de Director Clínico). A unidade funciona de acordo com o modelo A das unidades de saúde familiar. Os médicos estão divididos em duas equipas, fazendo consulta nos períodos da manhã e da tarde em dias alternados. Os profissionais (médicos, enfermeiras e administrativas) trabalham em conjunto na prestação de cuidados, permitindo alguma flexibilidade organizativa, o que conduz à resolução rápida e eficaz da maioria das situações que surgem diariamente.

Neste momento não existem vagas para inscrição de novos utentes na USF São Julião. Os utentes que se vêm inscrever pela primeira vez no centro de saúde ou que estavam inscritos sem médico de família atribuído poderão inscrever-se na USF Conde de Oeiras.

O utente poderá marcar consultas para o seu médico através do secretariado da USF (presencialmente ou por telefone) a qualquer hora ou através da loja do cidadão. A marcação de consultas por correio electrónico através do programa eAgenda está ainda numa fase precoce de implementação. Alguns médicos aceitam receber emails com pedidos de marcação de consulta.

À entrada na USF encontra-se um quiosque electrónico, onde os utentes devem obter uma das seguintes senhas: A – consulta médica/enfermagem programada, C – consulta do dia, D – outras situações ou R – levantar receituário, credenciais, exames, guias de transporte, etc. Ao lado da máquina o utente tem acesso a um diagrama explicativo dos vários tipos de senha.

As regras que regulam as consultas do dia variam ligeiramente entre os médicos. Na generalidade dos casos, estas acontecem às 8h quando o médico faz consulta no período da manhã e às 12h ou às 14h quando a consulta é à tarde. O número de inscrições é ilimitado. Os utentes deverão dirigir-se ao secretariado até à hora limite (30 minutos antes do final do período de consultas do dia) e fazer a sua inscrição.

Em situações urgentes fora do horário das consultas do dia o utente inscreve-se para uma consulta de inter-substituição, que funciona no mesmo horário da USF. Até Novembro de 2009, o atendimento era feito pelo médico do utente sempre que possível. A partir dessa altura, todas as consultas passaram a ser asseguradas pelo médico responsável pela consulta de inter-substituição.

Para a renovação de receituário o utente deverá dirigir-se ao secretariado, deixando os seus pedidos. Poderá levantar as suas receitas um a dois dias depois. Alguns médicos permitem aos utentes deixar no secretariado exames complementares de diagnóstico para serem registados nos respectivos processos clínicos, sendo devolvidos alguns dias depois.

As consultas hospitalares são, desde Julho de 2008, marcadas através do programa “Consulta a tempo e horas”. A partir de Novembro de 2008 deixaram de existir consultas de oftalmologia no centro de saúde, sendo realizadas apenas consultas de ortóptica na dependência do serviço de oftalmologia do CHLO, que são marcadas e realizadas em instalações cedidas pelo centro de saúde.

Os exames complementares de diagnóstico que carecem de autorização são deixados no secretariado da USF e levantados pelo utente dois a três dias depois.

Restante centro de saúde (sede)

Os utentes sem médico de família atribuído poderão, caso residam na freguesia de Oeiras e São Julião da Barra, inscrever-se na USF Conde de Oeiras. No secretariado preencherão um formulário de pedido de atribuição de médico de família. A inscrição é feita para todo o agregado familiar e o utente deverá ser portador de um comprovativo da morada, dos cartões de utentes de todos os membros, de cópia dos respectivos bilhetes de identidade e números de identificação fiscal. A inscrição do agregado e atribuição do novo médico de família demora habitualmente 48 horas.

Mesmo que o cidadão não esteja inscrito no centro de saúde de Oeiras, poderá dirigir-se directamente ao secretariado clínico da USF para se tornar utente. São necessários para a inscrição os seguintes documentos: bilhete de identidade / passaporte / autorização de residência, comprovativo de morada, cartão do Serviço Nacional de Saúde, número de identificação fiscal, cartão da segurança social e, se for o caso, cartão do subsistema de saúde. Com excepção do comprovativo de morada, são necessários os documentos de cada membro do agregado familiar. Caso o cidadão necessite, existe um segurança colocado na entrada que lhe poderá dar as informações necessárias acerca do funcionamento do centro de saúde e onde deverá dirigir-se.

Os utentes sem médico de família atribuído e que não se tenham inscrito na USF Conde de Oeiras são vistos pela Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados B.

REGISTOS CLÍNICOS E SISTEMA DE INFORMAÇÃO

Os registos clínicos eram efectuados desde Março de 2007 no programa “Sistema de Apoio ao Médico” (SAM). Este programa implementa (com algumas lacunas) o método de Weed para os registos clínicos, permite fazer a gestão da agenda do médico, prescrever medicamentos e exames complementares de diagnóstico, emitir documentos diversos e utilizar alguns instrumentos de abordagem familiar. O módulo estatístico do SAM passou a estar disponível em Novembro de 2009, apresentando ainda um número considerável de falhas.

Os genogramas eram realizados em papel e arquivados em dossier próprio, por não ser possível fazê-lo no SAM.

Desde Agosto de 2008 que a referenciação para consultas hospitalares era feita pelo programa Alert P1, no âmbito do sistema nacional “Consulta a tempo e horas”.

INDICADORES DE FUNCIONAMENTO**População abrangida**

No dia 17 de Novembro de 2009 estavam inscritos no ACES de Oeiras 215.753 utentes, a que se somavam 14.063 inscrições esporádicas. Este número é bastante superior à população residente no concelho na estimativa para 2008 – 172.021.⁷ Esta discrepância poderá dever-se a um conjunto de factores como a saída dos jovens adultos para concelhos limítrofes mantendo, contudo, o médico de família no centro de saúde de Oeiras; a elevada proporção de utentes sem médico e consequente dificuldade na obtenção de médico de família nos concelhos vizinhos; e a duplicação de inscrições de utentes que entretanto mudaram de local de residência. A título de exemplo, vi em consulta vários utentes nesta situação, alguns vindo de tão longe como o Seixal ou Mafra, mas que mantinham o meu orientador como médico de família. Do total de utentes inscritos (excluindo inscrições esporádicas) 38.595 (17,9%) não tinham médico de família atribuído. Na USF São Julião estavam inscritos 14.440 utentes (Quadro XXXVI).

Quadro XXXVI. Utentes inscritos por unidade do ACES. Dados de 17 de Novembro de 2009.

Centro de Saúde	Extensão	Inscritos*	% sem médico de família
Carnaxide	Algés	22.118	12,6
	Carnaxide	33.575	41,4
	Linda-a-Velha	39.001	22,5
	USF Dafundo	13.890	não aplicável
Oeiras	Barcarena	9.144	14,6
	Oeiras	33.173	23,2
	USF Conde de Oeiras	13.958	não aplicável
	USF S. Julião	14.440	não aplicável
	Paço d'Arcos	23.616	17,4
	USF Delta	12.838	não aplicável
Total ACES		215.753	17,9

* Não inclui inscrições esporádicas

Na Figura 28 apresento a distribuição por sexo e idade dos utentes inscritos no centro de saúde de Oeiras. Não foi possível a construção de uma pirâmide etária porque o programa SINUS não distingue os utentes acima dos 75 anos. A maioria dos utentes era do sexo feminino e estava em idade activa.

A pirâmide etária da USF é mostrada na Figura 29. Existia novamente um predomínio do sexo feminino, mas a porção de utentes de cada grupo etário diferia ligeiramente em relação à do centro de saúde no seu conjunto, com maior predomínio de adultos jovens e crianças. Uma explicação possível para estas diferenças é a existência de um viés de selecção, já que existem na USF vários médicos com listas muito recentes. Existe naturalmente em Oeiras, como em qualquer comunidade, um movimento dinâmico de entrada e saída de residentes. Independentemente das características dessas pessoas, é natural que certos grupos (como as crianças, as grávidas e as mulheres em idade fértil) procurem mais os cuidados de saúde primários e, assim, mais facilmente se inscrevam num médico de família com lista aberta. Deste modo, nas novas listas haverá uma sobre-representação destas famílias constituídas por jovens adultos e crianças.ⁱⁱ

ii Esta hipótese é suportada pelas pirâmides etárias dos médicos da USF com listas mais recentes, onde esta sobre-representação é mais notória. Essas pirâmides não são mostradas aqui.

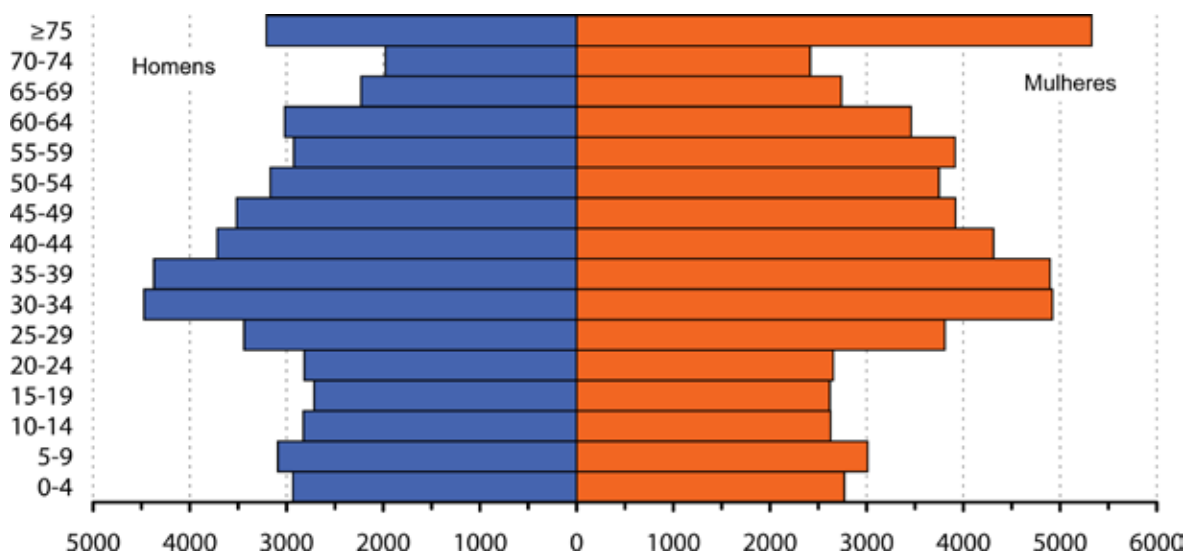


Figura 28. Distribuição etária dos utentes inscritos no centro de saúde de Oeiras (dados de 16 de Novembro de 2009).

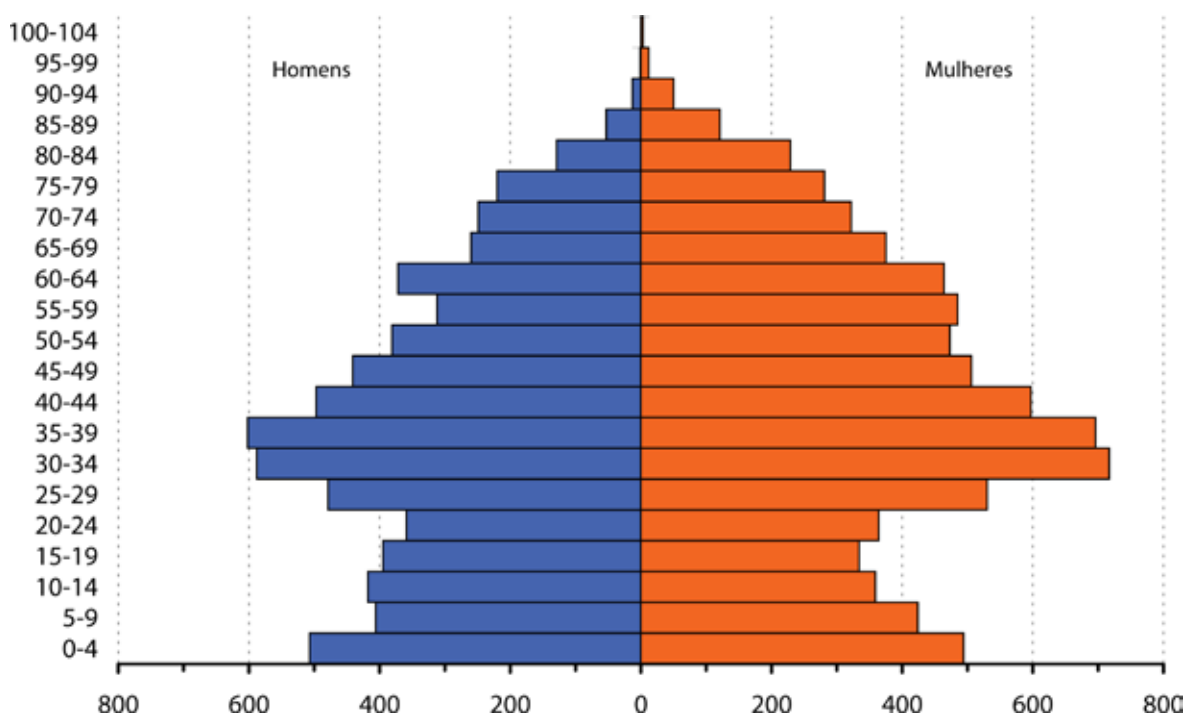


Figura 29. Pirâmide etária dos utentes inscritos na USF São Julião (dados de 17 de Novembro de 2009).

Indicadores de utilização

Os indicadores de utilização que refiro de seguida dizem respeito apenas à USF São Julião. Tomei essa opção por considerar que estes reflectem melhor o contexto em que decorreu o meu internato do que os indicadores relativos à globalidade do CS de Oeiras. Os indicadores foram obtidos através do programa SINUS, do módulo estatístico do SAM e do *site* dos indicadores da USF. Contudo, os resultados obtidos no módulo estatístico e no *site* dos indicadores são diferentes da informação dada pelo SINUS e diferentes entre si. Assim, optei por usar os resultados destas duas fontes apenas quando esses dados não existiam no SINUS.

O Quadro XXXVII apresenta os indicadores durante o período de internato (até 15 de Dezembro de 2009), obtidos através do programa SINUS. É de salientar que no ano de 2007, devido ao início de

actividade da USF, alguns utentes foram contados administrativamente como tendo tido duas primeiras consultas (uma antes e outra depois da abertura da USF), o que aumenta artificialmente a taxa de cobertura. É necessário também ter em conta que existiu um incêndio em Janeiro de 2009, que forçou o encerramento do centro de saúde durante vários dias e deixou a USF sem sistema informático para registo de consultas durante algumas semanas. Apesar de se ter tentado registar essas consultas posteriormente, isso não aconteceu em todos os casos.

Quadro XXXVII. Indicadores de utilização da USF São Julião entre Janeiro de 2007 e 15 de Dezembro de 2009, por tipo de consulta e grupo etário.

Ano	Indicador	Saúde infantil				PF	SM	Adultos			Domi- cÍlios	Total
		<12M	12- 23M	2- 13A	14- 18A	15- 44A	15- 44A	19- 44A	45- 64A	≥65A		
2007	Inscritos	60	187	1489	555	2485	2485	4340	2673	1671	-	10975
	Total consultas	826	1307	1830	593	1066	622	5514	7158	7430	123	26346
	1 ^{as} consultas (%)	35,5	11,5	56,6	61,2	75,3	23,8	49,6	37,5	29,8	-	39,6
	Cobertura (%)*	488,3	80,2	69,5	65,4	32,3	-	63,1	100,4	132,6	11,2‰ inscritos	95,0
	IUR [†]	2,8	8,7	1,8	0,6	1,3	4,2	2,0	2,7	3,4	-	2,5
2008	Inscritos	212	213	1931	710	3177	3177	5481	3288	2211	-	14046
	Total consultas	1019	554	2389	857	1759	1119	7424	9292	9585	194	33998
	1 ^{as} consultas (%)	28,8	21,8	42,1	44,7	63,5	13,5	36,0	23,3	17,1	-	28,1
	Cobertura (%)*	138,2	56,8	52,0	53,9	35,2	-	48,8	65,8	74,1	13,8‰ inscritos	67,9
	IUR [†]	3,5	4,6	2,4	0,9	1,6	7,4	2,8	4,3	5,8	-	3,6
2009	Inscritos	175	219	2063	763	3238	3238	5564	3434	2320	-	14518
	Total consultas	910	458	2389	802	1571	830	7035	8726	9332	189	32053
	1 ^{as} consultas (%)	37,7	46,1	43,2	45,6	70,3	16,3	37,0	24,6	17,8	-	30,0
	Cobertura (%)*	196,0	96,3	50,0	49,3	34,1	-	46,8	62,6	71,6	13,0‰ inscritos	66,1
	IUR [†]	2,7	2,2	2,3	0,8	1,4	6,1	2,7	4,1	5,6	-	3,3

* Taxa de cobertura: proporção de utentes inscritos que são utilizadores (pelo menos uma consulta no ano).

† Índice de utilização repetida: número médio de consultas no ano por parte dos utentes utilizadores.

Da leitura do quadro sobressai uma limitação importante inerente a este método de cálculo dos indicadores de utilização – o cálculo da taxa de cobertura, que por vezes ultrapassa os 100%. Tal prende-se com a dificuldade do SINUS em delimitar a população de uma determinada faixa etária. Um utente que migre para a faixa etária seguinte antes do momento de contabilização do total de utentes inscritos pode já ter sido contado como tendo feito uma consulta nesse ano. Esta limitação é especialmente importante nas crianças onde, por exemplo, uma criança nascida em Agosto de 2008 e que tenha feito a vigilância normal (aos 6 meses, em Fevereiro de 2009 e aos 9 meses em Maio) é contada como tendo feito duas consultas em 2009 no grupo com menos de 12 meses, mas já não faz parte dos utentes inscritos nesse grupo em Dezembro, quando os dados acerca da população inscrita foram obtidos. Isso explica a taxa de cobertura superior a 100% em alguns grupos e originará também resultados falseados (sobre- ou subavaliados, consoante o número de utentes que entra e sai de cada faixa etária) nas restantes taxas de cobertura.

A precocidade das consultas de saúde infantil e saúde materna é mostrada no Quadro XXXVIII. Salienta-se a evolução positiva registada nos últimos anos.

Quadro XXXVIII. Precocidade das consultas de saúde infantil e saúde materna.

Ano	Saúde infantil			Saúde materna		
	<28 dias	28 dias – 3 meses	3 – 12 meses	1º trimestre	2º trimestre	3º trimestre
2007 (%)	47,0	12,9	40,1	92,6	4,1	3,4
2008 (%)	81,1	11,2	7,7	93,4	2,6	4,0
2009 (%)	89,8	5,4	4,8	91,1	8,1	0,7

Vacinação

A taxa de cumprimento do plano nacional de vacinação dos utentes da USF é mostrada no Quadro XXXIX. Ela era maior nos primeiros anos de vida e ia decaindo, sobretudo nos adultos, onde a vacinação anti-tetânica fica muito aquém do desejável. É importante assinalar que o esforço de actualização da vacinação anti-tetânica foi em 2009 seriamente prejudicado pela falta de *stock* desta vacina, em algumas alturas esgotado durante meses. Apenas nos grupos etários dos 2 aos 4 anos e dos 7 aos 9 anos se registam taxas de cobertura vacinal superiores a 95% – o limiar para a imunidade de grupo.⁹ Nas raparigas entre os 10 e os 18 anos, a taxa de cobertura muito inferior à dos rapazes é devida à vacinação para o vírus do papiloma humano.

Quadro XXXIX. Taxa de cobertura vacinal na USF São Julião (dados de 23 de Dezembro de 2009).

Idade	Mulheres (%)	Homens (%)	Total (%)
<12M	93,3	94,6	94,0
12-23M	80,9	84,0	82,4
2-4A	97,6	98,3	98,0
5-6A	91,6	93,6	92,6
7-9A	94,2	96,2	95,2
10-13A	80,8	91,8	86,5
14-18A	62,6	91,4	77,7
≥19A	59,4	51,1	55,7
Total	64,2	61,3	62,9

A taxa de cobertura da vacina da gripe sazonal era, a 23 de Dezembro de 2009, de 16,7% nos utentes com idade igual ou superior a 65 anos. De notar que para este valor contribuem factores como a vacinação fora do centro de saúde (como em farmácias), o período de vacinação estar ainda a decorrer aquando da colheita dos dados e a recusa de alguns utentes em fazer a vacina ou não adesão após a sua prescrição. Não deixa, porém, de ser um valor a melhorar.

Até 23 de Dezembro tinham sido vacinadas na USF 417 pessoas contra a gripe pandémica – A H₁N₁.

Acessibilidade

A acessibilidade física ao centro de saúde foi descrita acima. Na USF São Julião, a acessibilidade para situações de doença aguda é total – todos os utentes são vistos no próprio dia pelo seu médico ou pelo médico de intersubstituição. Para situações programadas, a USF definiu que terá de ser dada resposta a todos os utentes no prazo de 8 dias. Caso não existam vagas disponíveis para agendamento pelo secretariado, o pedido é transmitido ao médico de família, que agenda a consulta.

ARTICULAÇÃO COM O SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

O centro de saúde de Oeiras articula-se principalmente com o Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, composto pelos hospitais Egas Moniz, São Francisco Xavier e Santa Cruz. No Quadro XL

Quadro XL. Redes de referência hospitalar do Centro de Saúde de Oeiras.

Área	Hospital
Anatomia patológica*	Cascais – B Egas Moniz / São Francisco Xavier – A
Imunoalergologia†	Egas Moniz / São Francisco Xavier – Unidade Santa Maria – Serviço
Infecção†	Cascais – Unidade Egas Moniz – Serviço
Intervenção cardiológica†	Cascais – Unidade Egas Moniz / São Francisco Xavier – Serviço Santa Cruz – Hemodinâmica diagnóstica, hemodinâmica intervenção, cirurgia cardiorádica, arritmologia, transplantes Santa Marta – Cardiologia pediátrica médico-cirúrgica
Materno-infantil	São Francisco Xavier – Unidade coordenadora funcional
Medicina física e reabilitação*	Egas Moniz / São Francisco Xavier – A
Nefrologia	Santa Cruz
Neurologia†	Cascais – Unidade Egas Moniz – Serviço, neurocirurgia
Oncologia*	Egas Moniz / São Francisco Xavier – B IPO Lisboa – A
Reumatologia†	Egas Moniz – Serviço
Transplantação	Capuchos – Progenitores hematopoiéticos Curry Cabral – Fígado Egas Moniz – Córnea Santa Cruz – Coração, rim Santa Maria – Progenitores hematopoiéticos
Urgência / emergência	Cascais – Médico-cirúrgica Egas Moniz / São Francisco Xavier – Polivalente

* A rede de referência destas especialidades divide-se em plataformas (A, B, C, ...), correspondendo a níveis crescentes de frequência (prevalência / incidência) das patologias que tratam. † A rede de referência destas especialidades divide-se em unidades e serviços, correspondendo a níveis crescentes de frequência (prevalência / incidência) das patologias que tratam.

apresenta-se o hospital de referência do centro de saúde de Oeiras de acordo com programas nacionais das redes de referência de cada especialidade.¹⁰⁻²¹

Para a generalidade das especialidades para as quais não existe uma rede de referência nacional definida, o centro de saúde de Oeiras articula-se com o CHLO (a distribuição das especialidades dentro deste centro hospitalar depende da sua organização interna). Na especialidade de ortopedia existe também um grande número de referências para os hospitais de Santa Ana e, um pouco menos frequentemente, José d'Almeida, ambos no concelho de Cascais. O primeiro pertence à Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, mas existe um acordo com a ARS que permite a referência dos utentes. O segundo pertence ao Serviço Nacional de Saúde.

Na área da dermatologia cirúrgica os utentes são frequentemente referenciados ao Centro Dermatológico de Lisboa, pertencente ao centro de saúde da Alameda. Na oftalmologia, por falta de resposta do CHLO, os utentes são muitas vezes referenciados para o Hospital da Cruz Vermelha, com quem a Administração Regional de Saúde tem um protocolo.

Hierarquicamente o ACES depende da ARS de Lisboa e Vale do Tejo, que, por sua vez, reporta directamente à estrutura central do Ministério da Saúde. A USF São Julião depende do ACES, mas é dotada de autonomia funcional e organizativa. Estudei a orgânica do Ministério da Saúde em mais detalhe num trabalho apresentado em reunião da USF São Julião (página 127).

A LISTA DE UTENTES

A lista de utentes do orientador era composta por 1596 pessoas a 30 de Setembro de 2009 (Figura 30). A idade média dos utentes era de 39,2 anos e a maioria era do sexo feminino. Dois terços dos utentes estavam em idade activa, 18,4% eram jovens e 15,7% idosos. O índice de dependência de idososⁱⁱⁱ era de 23,7% e o de jovens^{iv} de 27,8%.

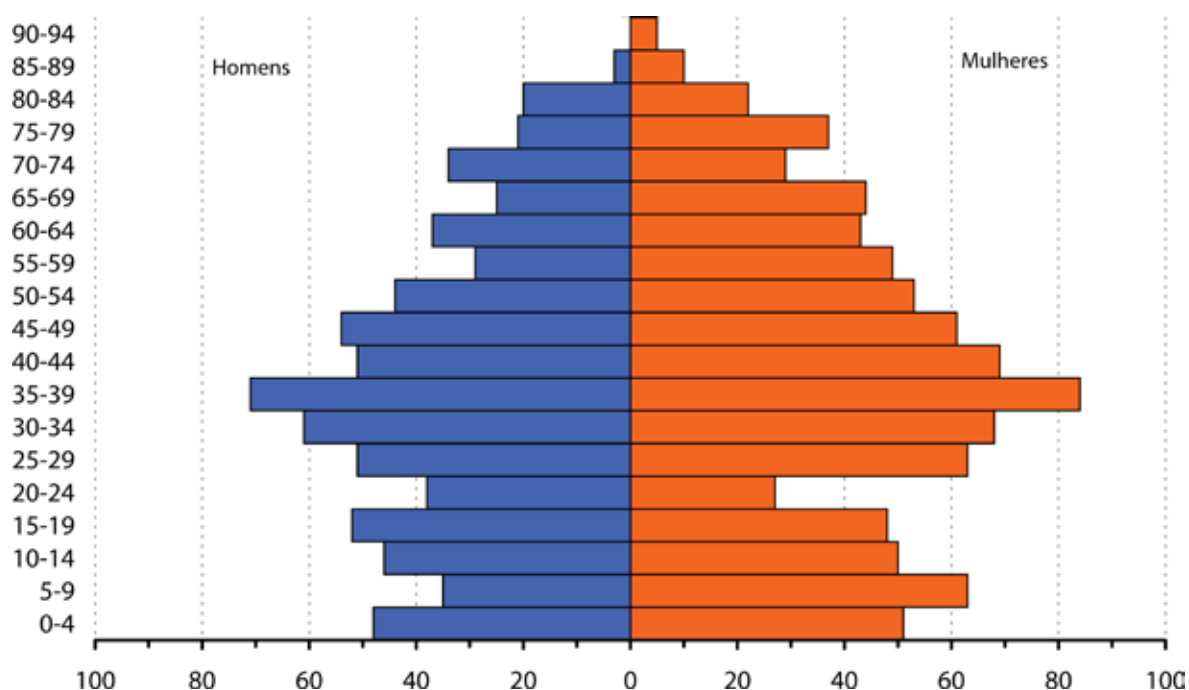


Figura 30. Pirâmide etária da lista de utentes do orientador.

UTILIZADORES

Tiveram pelo menos uma consulta no ano anterior ao estudo do processo 55,5% dos utentes (Quadro XLI). Esta taxa de utilização fica aquém da contratualizada pela USF – 70%. Não existe registo de qualquer consulta no centro de saúde de Oeiras para 16,8% dos utentes. Este é provavelmente um grupo heterogéneo, composto por pessoas que se mudaram para outro ponto do país ou para o estrangeiro, que já faleceram, mas ainda não foram removidas da lista, que não viram até ao momento necessidade de utilizar o centro de saúde ou que pura e simplesmente não pretendem fazê-lo. Seria útil caracterizar os motivos para a não utilização do centro de saúde, expurgar os utentes que já não deveriam estar inscritos e, eventualmente, criar outro tipo de estrutura que não o médico de família para os utentes que não pretendem utilizar o centro de saúde. Assim poderiam ser incluídos na lista parte dos utentes sem médico do centro de saúde.

Quadro XLI. Tempo decorrido desde a última consulta.

Última consulta	n	%
< 1 ano	885	55,5
1 a 2 anos	149	9,3
2 a 3 anos	78	4,9
3 a 4 anos	63	3,9
4 a 5 anos	45	2,8
5 a 6 anos	57	3,6
6 a 7 anos	14	0,9
7 a 8 anos	13	0,8
8 a 9 anos	12	0,8
9 a 10 anos	0	0,0
≥ 10 anos	12	0,8
Desconhecido	268	16,8

iii Quociente entre a população idosa (65 e mais anos) e a população em idade activa (15-64 anos).

iv Quociente entre o número de jovens (0-14 anos) e a população em idade activa (15-64 anos).

ESCOLARIDADE

A escolaridade foi estudada nos utentes com mais de 16 anos e depois classificada de acordo com o nível mais alto atingido (Quadro XLII). Esta variável não era conhecida em cerca de um terço da lista. A maioria dos utentes tinha completado o ensino secundário ou superior, o que está de acordo com as características do conceito.⁷ No entanto, há ainda uma proporção significativa de utentes com quatro ou menos anos de escolaridade, sobretudo entre a população idosa e os grupos mais desfavorecidos.

SITUAÇÃO PROFISSIONAL

A situação profissional era conhecida para 76,3% dos utentes (Quadro XLIII). A maioria dos utentes era activa e 19,3% estavam reformados. A proporção de desempregados encontrada (3,8%) foi bastante inferior à esperada, uma vez que a taxa de desemprego no terceiro trimestre de 2009 foi de 10,3% na região de Lisboa.⁷ Provavelmente a maioria dos desempregados foi classificada como tendo situação profissional desconhecida (não registada no processo) ou como ainda sendo activos (pois nem sempre os utentes nos comunicam a perda do emprego).

HÁBITOS

O Quadro XLIV mostra os hábitos de consumo de tabaco, álcool, drogas e medicamentos de abuso na lista do orientador. A proporção de fumadores dentro dos utentes cujos hábitos tabágicos são conhecidos – 24,6% – é superior à encontrada no Inquérito Nacional de Saúde de 2005/2006 (20,6%).²² Contudo, este inquérito considera a população com 10 ou mais anos, o que torna difícil a comparação. Já o consumo de bebidas alcoólicas estará provavelmente subestimado, especialmente nos bebedores moderados, pois os utentes reportam ao médico um consumo inferior ao real. Também a prevalência do consumo de drogas é provavelmente inferior à realidade, mas não é possível comparar este número com os resultados do Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoactivas, uma vez que este mede a prevalência do consumo ao longo da vida e não no momento. As situações de abuso de medicamentos correspondem quase sempre a abuso de benzodiazepinas.

Quadro XLII. Grau de escolaridade dos utentes com 16 ou mais anos.

Escolaridade	n	%*
Nenhuma	17	2,1
1-4 anos	149	18,7
5-6 anos	26	3,3
7-9 anos	105	13,2
10-12 anos	227	28,5
Algum superior	39	4,9
Bacharelato	16	2,0
Licenciatura	212	26,6
Mestrado / Doutoramento	6	0,8
Estudante	51	
Desconhecida	437	

* Excluindo escolaridade desconhecida e estudantes.

Quadro XLIII. Situação profissional dos utentes com 16 ou mais anos.

Situação profissional	n	%*
Desempregado	49	5,4
Activo	604	67,0
Reformado	248	27,5
Estudante	80	
Desconhecido	304	

* Excluindo situação profissional desconhecida ou estudante.

Quadro XLIV. Hábitos dos utentes com 16 ou mais anos.

		Tabaco		Álcool		Drogas		Medicamentos	
		n	%*	n	%*	n	%*	n	%*
Não		716	75,4	840	88,0	938	99,2	943	99,6
Sim	Moderados	233	24,6	95	9,9	8	0,8	4	0,4
	Excessivos			20	2,1				
Desconhecido		336		330		339		338	

* Excluindo hábitos desconhecidos.

ÍNDICE DE MASSA CORPORAL

O índice de massa corporal era conhecido para 772 utentes, variando entre 14,8 e 48,0Kg/m² (média 25,9Kg/m²). A maioria dos utentes tinha um peso normal, mas um terço tinha excesso de peso e 17,8% eram obesos. Estes resultados são semelhantes aos encontrados num estudo recente acerca da prevalência de obesidade e excesso de peso em Portugal.²³

ESTADO CIVIL

A maioria dos utentes era casada, mas a proporção de pessoas divorciadas era superior à média nacional (1,9%)⁷ – Quadro XLVI.

FAMÍLIAS

Os utentes estavam divididos em 621 processos familiares, correspondendo a uma média de 2,6 utentes por processo. No entanto, foi frequente encontrar mais do que uma família no mesmo processo. Isso acontece por casamento dos filhos (que muitas vezes mudaram para outro concelho e, por receio de perder o médico de família, não pediram a criação de um novo processo familiar), divórcio (com separação do casal em duas famílias) ou entrada de ascendentes que não vivem com o resto da família. Assim, considerou-se a distribuição dos utentes por processo familiar como meramente indicativa e, sempre que possível, estes dados foram completados com a informação disponível no processo clínico. Sempre que era sabido que um ou mais elementos não faziam parte da família principal (no sentido de conviventes na mesma habitação), eram considerados como estando numa família separada.

Cada família tinha entre um e nove elementos, sendo a maioria famílias unitárias (parte destas terá sido erradamente classificada por informação insuficiente), seguindo-se as famílias com dois ou três elementos (Quadro XLVII).

Tipos

A maioria das famílias era nuclear, seguindo-se as famílias unitárias (Quadro XLVIII). Existia ainda um número considerável de famílias monoparentais e reconstruídas, sem dúvida fruto da elevada taxa de divórcio encontrada na lista.

Quadro XLV. Índice de massa corporal dos utentes com 18 ou mais anos.

Índice de massa corporal	n	%*
Baixo peso (<18,5Kg/m ²)	14	1,8
Normal (18,5 - 25Kg/m ²)	350	45,6
Excesso de peso (25 - 30Kg/m ²)	272	35,5
Obesidade (30 - 40Kg/m ²)	131	17,1
Obesidade mórbida (≥40Kg/m ²)	5	0,7
Desconhecido	824	

* Excluindo índice de massa corporal desconhecido.

Quadro XLVI. Estado civil dos utentes com 16 ou mais anos.

Estado civil	n	%*
Solteiro	259	24,3
Casado	598	56,0
Viúvo	62	5,8
Divorciado	108	10,1
União de facto	41	3,8
Desconhecido	217	

* Excluindo estado civil desconhecido.

Quadro XLVII. Número de elementos por agregado familiar.

Número de elementos	n	n-E*
1	334	198
2	193	157
3	119	109
4	77	71
5	20	17
6	5	4
7	8	8
8	2	2
9	1	1
Total de famílias	759	567

* Excluindo famílias onde o tipo era desconhecido.

Quadro XLVIII. Tipos de família na lista de utentes.

Tipo	n	%*
Unitária	106	18,7
Nuclear	289	51,1
Alargada	14	2,5
Reconstruída	43	7,6
Monoparental	64	11,3
Outro	50	8,8
Desconhecido	193	

* Excluindo famílias onde o tipo era desconhecido.

Ciclo de vida familiar de Duvall

As 289 famílias nucleares foram classificadas de acordo com as fases do ciclo de vida de Duvall (Quadro XLIX). A maioria encontrava-se na fase VIII (progenitores na terceira idade), o que reflecte o envelhecimento da população, sobretudo o grupo que tem uma organização familiar tradicional. Isto é, há uma proporção maior de organizações não tradicionais (famílias unitárias, reconstruídas e monoparentais) na população mais jovem.

Quadro XLIX. Fases do ciclo de vida de Duvall (famílias nucleares).

Tipo	n	%*
I Casal sem filhos	38	13,4
II Família com filhos pequenos	29	10,2
III Família com filhos em idade pré-escolar	20	7,1
IV Família com filhos em idade escolar	43	15,2
V Família com filhos adolescentes	41	14,5
VI Família com adultos jovens (a sair)	38	13,4
VII Progenitores na meia-idade	11	3,9
VIII Progenitores na 3ª idade	63	22,3
Desconhecido	6	

* Excluindo famílias onde o tipo era desconhecido.

PROBLEMAS

Durante o estudo da lista foram registados todos os problemas activos de cada utente. O Quadro L apresenta os dez problemas mais frequentes na lista de utentes e em cada grupo etário.

Nas crianças e jovens, 36,6% tinham algum problema de saúde registado e, dentro destes, existiam em média 1,5 problemas por utente. O problema mais frequente era a cárie dentária que, em conjunto com o excesso de peso e a obesidade, forma um grupo de patologias que podem ser parcialmente prevenidas pela acção do médico de família na consulta de saúde infantil.

Nos adultos jovens foi registado algum problema de saúde em 56,6% da lista. Os três problemas mais frequentes – tabagismo, excesso de peso e obesidade – são sobretudo factores de risco e relacionam-se com os estilos de vida. Mais uma vez, poderão ser parcialmente prevenidos pela acção do médico de família. Destaque também para os problemas de saúde mental, nomeadamente a depressão e a ansiedade.

Nos adultos entre os 45 e os 64 anos, 77,8% tinham pelo menos um problema de saúde e, dentro destes, o número médio de problemas foi de 4,1. Os problemas mais frequentes incluem os referidos no grupo anterior, mas já são notórias as consequências daqueles factores de risco, com um número significativo de pessoas a ter dislipidémia, hipertensão arterial ou diabetes.

Acima dos 65 anos, 88,4% dos utentes tinham um ou mais problemas de saúde e, dentro destes, o número médio de problemas foi de 5,9. Neste grupo, a prevalência encontrada para cada problema foi elevada, com metade da população a ter o diagnóstico de hipertensão arterial (com ou sem complicações) e quase um quinto de diabéticos. Destaque também para as doenças osteo-articulares.

Globalmente, a prevalência encontrada para a maioria das doenças foi inferior à média nacional. Em boa medida, tal dever-se-á ao grupo de utentes sobre os quais não existe informação por não serem utilizadores e não a diferenças reais entre a lista de utentes e a população portuguesa.

Quadro L. Problemas de saúde mais frequentes na lista de utentes (por escalão etário).

Grupo	Problema	n	Prevalência (%)
Crianças e jovens (≤18 anos)	D82: Doença dos dentes / gengivas	31	8,3
	F91: Erro de refração	16	4,3
	R97: Rinite alérgica	15	4,0
	S87: Dermatite / eczema atópico	13	3,5
	T82: Obesidade	12	3,2
	R90: Hipertrofia das amígdalas / adenóides	7	1,9
	S96: Acne	7	1,9
	T83: Excesso de peso	7	1,9
	R96: Asma	6	1,6
	A90: Malformações congénitas NE / múltiplas	5	1,3
Adultos jovens (19 a 44 anos)	P17: Abuso do tabaco	115	19,0
	T83: Excesso de peso	67	11,1
	T82: Obesidade	43	7,1
	P76: Perturbação depressiva	34	5,6
	P74: Distúrbio ansioso / estado de ansiedade	26	4,3
	T93: Alteração do metabolismo dos lípidos	25	4,1
	R97: Rinite alérgica	22	3,6
	R75: Sinusite crónica / aguda	21	3,5
	U95: Cálculo urinário	15	2,5
	K95: Veias varicosas da perna	15	2,5
Adultos de meia-idade (45 a 64 anos)	T93: Alteração do metabolismo dos lípidos	89	24,1
	P17: Abuso do tabaco	81	21,9
	K86: Hipertensão sem complicações	78	21,1
	T83: Excesso de peso	78	21,1
	P76: Perturbação depressiva	59	15,9
	T82: Obesidade	55	14,9
	T90: Diabetes não insulino-dependente	29	7,8
	D87: Alteração funcional do estômago	26	7,0
	U95: Cálculo urinário	25	6,8
	K95: Veias varicosas da perna	25	6,8
Adultos idosos (≥65 anos)	K86: Hipertensão sem complicações	118	47,2
	T93: Alteração do metabolismo dos lípidos	93	37,2
	T83: Excesso de peso	73	29,2
	T90: Diabetes não insulino-dependente	47	18,8
	T82: Obesidade	46	18,4
	P76: Perturbação depressiva	37	14,8
	K95: Veias varicosas da perna	36	14,4
	L90: Osteoartrose do joelho	34	13,6
	L91: Osteoartrose, outra	33	13,2
	Y85: Hipertrofia prostática benigna	32	12,8
Total	T83: Excesso de peso	225	14,1
	P17: Abuso do tabaco	219	13,7
	T93: Alteração do metabolismo dos lípidos	207	13,0
	K86: Hipertensão sem complicações	204	12,8
	T82: Obesidade	156	9,8
	P76: Perturbação depressiva	130	8,1
	T90: Diabetes não insulino-dependente	77	4,8
	K95: Veias varicosas da perna	76	4,8
	R97: Rinite alérgica	64	4,0
	D87: Alteração funcional do estômago	62	3,9

GRUPOS COM NECESSIDADES ESPECÍFICAS**Hipertensão arterial**

Na lista existiam 256 pessoas com hipertensão arterial (204 sem complicações e 52 com complicações), correspondendo a uma prevalência de 16,0%. Esta prevalência era inferior à encontrada no Inquérito Nacional de Saúde (20,0%),²² o que provavelmente se deve ao grupo de não utilizadores. Estes utentes tinham entre 26 e 93 anos (idade média 66,3 anos) e eram maioritariamente mulheres (62,9%). A maioria dos utentes com hipertensão arterial estava entre os 60 e os 80 anos, mas a prevalência ia aumentando progressivamente ao longo da vida (Figura 31).

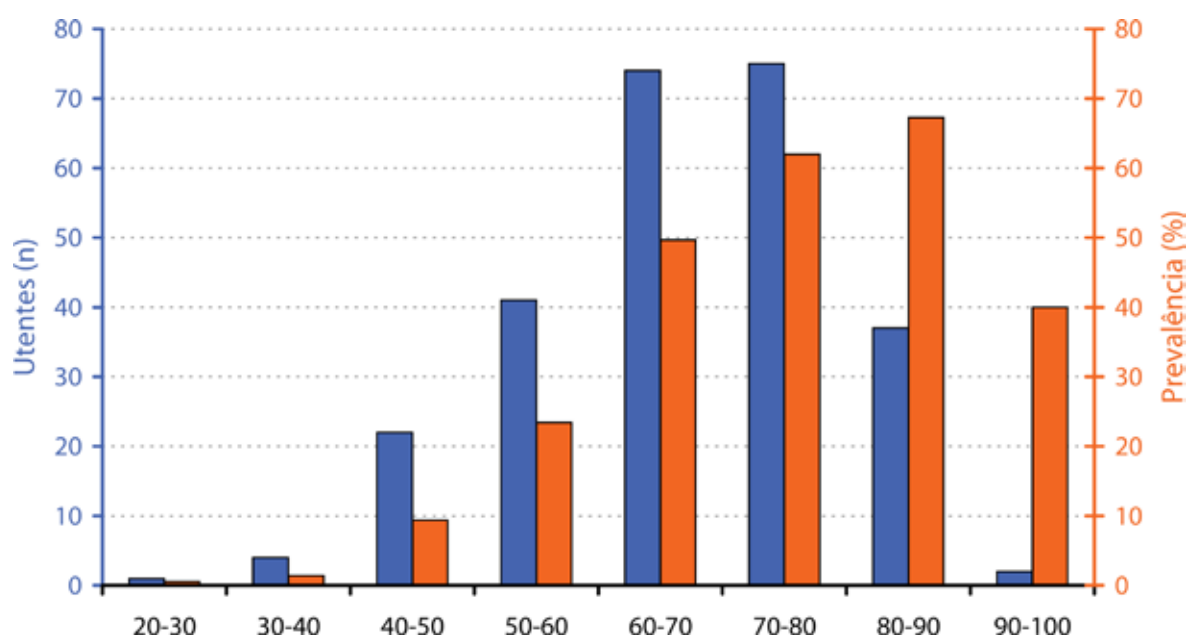


Figura 31. Distribuição dos utentes hipertensos e prevalência da hipertensão arterial por faixa etária.

As pessoas com hipertensão arterial têm mais frequentemente outros problemas de saúde do que os utentes sem esta doença. As principais comorbilidades eram outros factores de risco cardiovascular como a dislipidémia, o excesso de peso e obesidade, a diabetes e o abuso do tabaco, o que demonstra a importância de abordar o risco cardiovascular global neste grupo de utentes.

Quadro LI. Principais comorbilidades da hipertensão arterial.

Comorbilidades	n	Prevalência nos hipertensos (%)
T93: Alteração do metabolismo dos lípidos	116	45,3
T83: Excesso de peso	87	34,0
T82: Obesidade	72	28,1
T90: Diabetes não insulino-dependente	61	23,8
P76: Perturbação depressiva	49	19,1
P17: Abuso do tabaco	44	17,2

Diabetes mellitus

Na lista existiam 78 pessoas com diabetes mellitus (77 com diabetes tipo 2 e uma com diabetes pós-pancreatectomia), correspondendo a uma prevalência de 4,9%. Esta prevalência era inferior à encontrada no Inquérito Nacional de Saúde (6,5%),²² o que, tal como na hipertensão, provavelmente se deve ao grupo de não utilizadores. Estes utentes tinham entre 34 e 84 anos (idade média 67,0 anos)

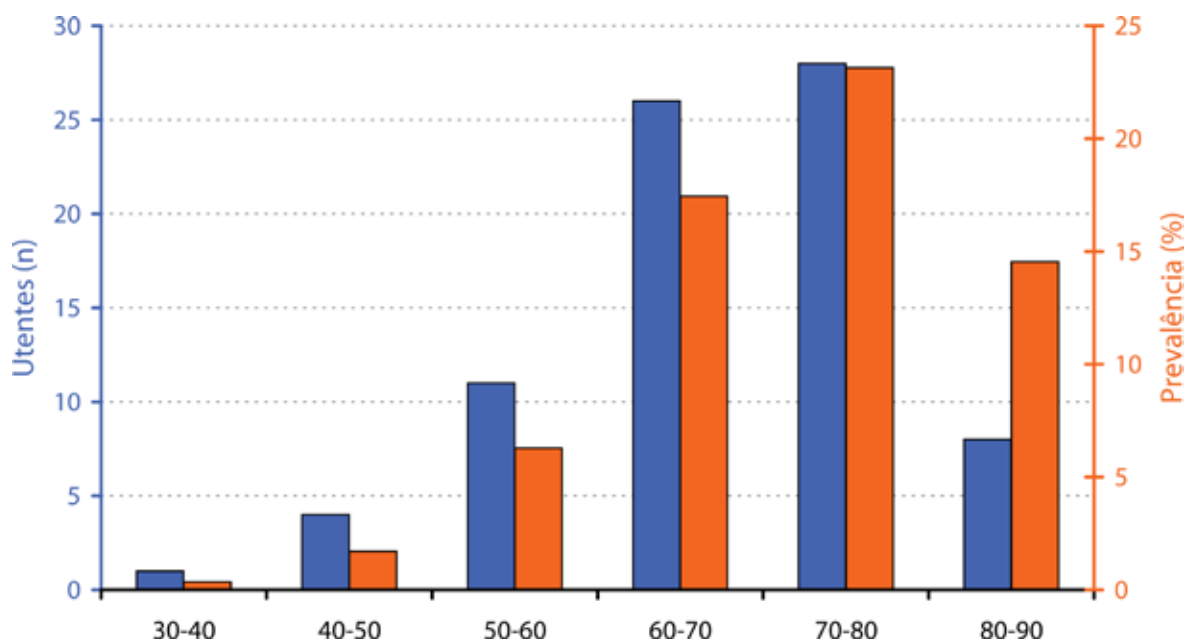


Figura 32. Distribuição dos utentes diabéticos e prevalência da diabetes mellitus por faixa etária.

e eram maioritariamente homens (53,8%). A maioria dos utentes com diabetes estava entre os 60 e os 80 anos (Figura 32). Durante o estágio de MGF-3 foram diagnosticados de novo (por mim ou pelo meu orientador) seis diabéticos, todos tipo 2.

As principais comorbilidades das pessoas com diabetes eram outros factores de risco cardiovascular como a hipertensão arterial (com ou sem complicações), a dislipidémia, o excesso de peso e obesidade. Tal como na hipertensão arterial, estes resultados ilustram a necessidade de abordar o risco cardiovascular global neste grupo de utentes.

Quadro LII. Principais comorbilidades da diabetes mellitus.

Comorbilidades	n	Prevalência nos diabéticos (%)
K86: Hipertensão sem complicações	42	53,8
T93: Alteração do metabolismo dos lípidos	40	51,3
T82: Obesidade	31	39,7
T83: Excesso de peso	22	28,2
K87: Hipertensão com complicações	18	23,1

Dislipidémia

Na lista existiam 207 pessoas com dislipidémia, correspondendo a uma prevalência de 13,0%. Estes utentes tinham entre 30 e 90 anos (idade média 61,5 anos) e eram maioritariamente mulheres (56,0%). A maioria dos utentes com dislipidémia estava entre os 50 e os 80 anos (Figura 33). De notar que a evidência que suporta o tratamento da dislipidémia em prevenção primária nas pessoas com mais de 65 anos é muito pouco robusta e a elevada prevalência encontrada provavelmente significa que estes utentes fazem medições de lípidos desnecessárias.

As principais comorbilidades das pessoas com dislipidémia eram outros factores de risco cardiovascular como a hipertensão arterial (com ou sem complicações), o excesso de peso e obesidade, a diabetes tipo 2 e o abuso do tabaco. Tal como na hipertensão arterial e na diabetes, estes resultados ilustram a necessidade de interpretar os valores de lípidos à luz do risco cardiovascular global.

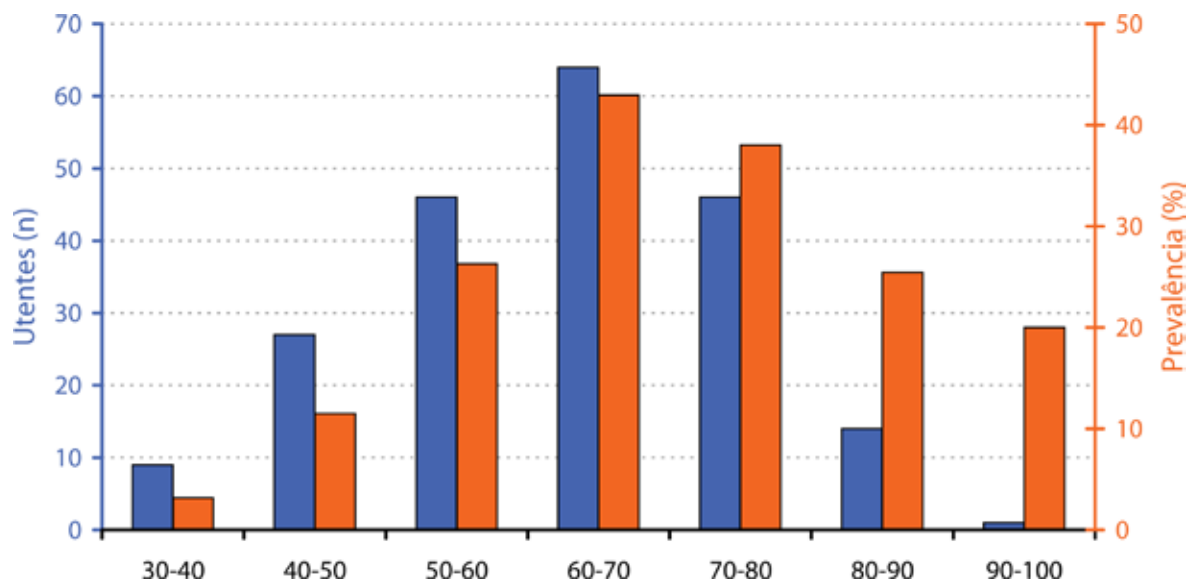


Figura 33. Distribuição dos utentes com dislipidémia e prevalência por faixa etária.

Quadro LIII. Principais comorbilidades da dislipidémia.

Comorbilidades	n	Prevalência nos com dislipidémia (%)
K86: Hipertensão sem complicações	90	43,5
T83: Excesso de peso	74	35,7
T82: Obesidade	47	22,7
P17: Abuso do tabaco	43	20,8
T90: Diabetes não insulino-dependente	41	19,8

Depressão

Na lista existiam 130 pessoas com depressão, correspondendo a uma prevalência de 8,1%. Esta prevalência é idêntica à encontrada no Inquérito Nacional de Saúde (8,3%),²² o que poderá significar que ela na realidade é maior (se considerarmos os não utilizadores) ou que quase todos os utentes deprimidos são utilizadores (por necessidade de seguimento médico ou de resolução

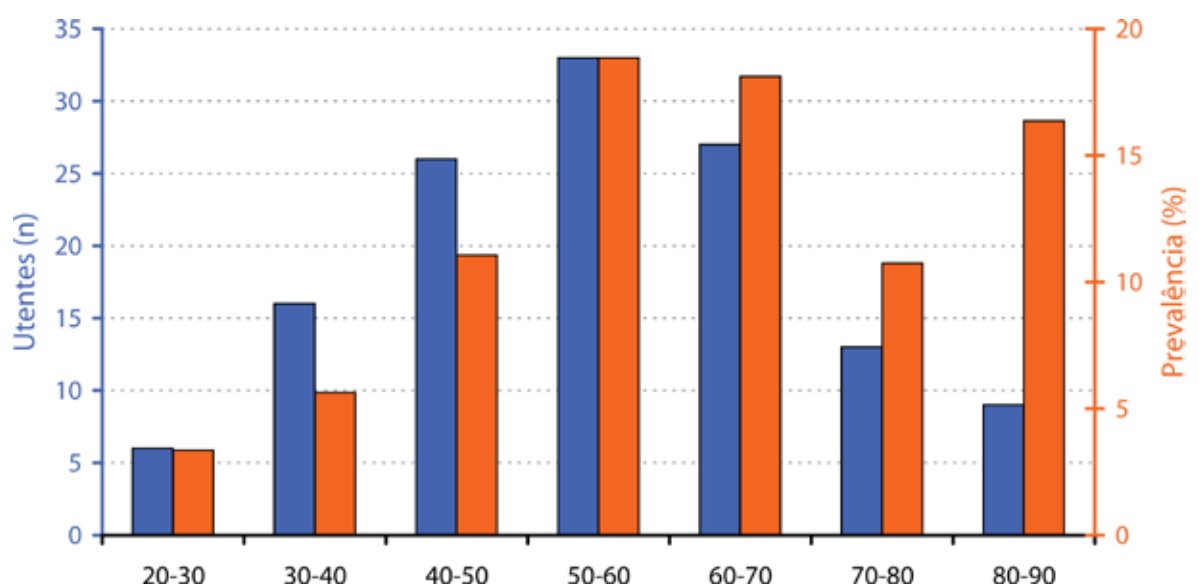


Figura 34. Distribuição dos utentes com depressão e prevalência por faixa etária.

Quadro LIV. Principais comorbilidades da depressão.

Comorbilidades	n	Prevalência nos deprimidos (%)
K86: Hipertensão sem complicações	39	30,0
T93: Alteração do metabolismo dos lípidos	38	29,2
P17: Abuso do tabaco	35	26,9
T83: Excesso de peso	33	25,4
T82: Obesidade	31	23,8

de aspectos burocráticos como os certificados de incapacidade para o trabalho). Estes utentes tinham entre 21 e 85 anos (idade média 54,9 anos) e eram na sua esmagadora maioria mulheres (81,5%) – Figura 34. De destacar também a prevalência elevada desta patologia nas pessoas entre os 80 e os 90 anos, que provavelmente resulta de isolamento, alteração do seu papel social e perda de autonomia.

As principais comorbilidades das pessoas com depressão eram factores de risco cardiovascular como a hipertensão arterial, a dislipidémia, os hábitos tabágicos, o excesso de peso e obesidade. É natural que assim seja, uma vez que estes eram também os problemas mais prevalentes na lista. Porém, é também possível que exista uma associação entre estas patologias e a depressão (não sendo clara qual a causa e qual o efeito).

Asma

Na lista existiam 43 pessoas com asma, correspondendo a uma prevalência de 2,7%. Esta prevalência é muito inferior à encontrada no Inquérito Nacional de Saúde (5,5%),²² o que poderá significar que a asma está sub-diagnosticada na lista. Por outro lado, nos utentes com este diagnóstico há provavelmente erros de codificação. Só assim se explica a existência do diagnóstico numa criança de 2 anos e a elevada prevalência nos utentes mais idosos (Figura 35). Uma parte significativa destes utentes era seguida em consultas hospitalares ou privadas e transmitiu oralmente o diagnóstico de asma, o que poderá justificar estes resultados.

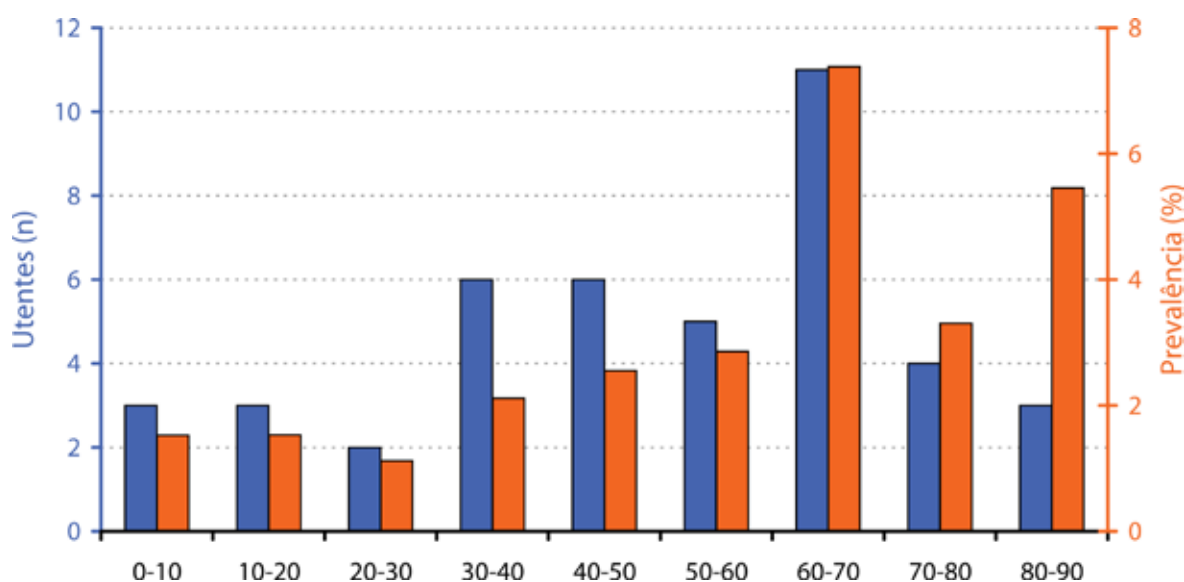


Figura 35. Distribuição dos utentes asmáticos e prevalência da asma por faixa etária.

Doença pulmonar obstrutiva crónica

Na lista existiam 11 pessoas com o diagnóstico de doença pulmonar obstrutiva crónica, correspondendo a uma prevalência de 0,7%. Esta prevalência é também inferior à encontrada no Inquérito Na-

cional de Saúde (3,7%),²² provavelmente porque parte das pessoas com esta doença foi erradamente classificada como tendo asma. Estes utentes tinham entre 29,8 e 85,8 anos (idade média 65,1 anos) e seis eram mulheres. A maioria dos utentes com doença pulmonar obstrutiva crónica tinha mais de 60 anos.

Hipocoagulação

Eram vigiados na USF seis utentes hipocoagulados com varfarina. Cinco eram mulheres e a idade média era de 78,2 anos. Quatro estavam hipocoagulados por fibrilhação auricular, uma por outra arritmia cardíaca e outra por AVC prévio. Todos tinham pontuação CHADS₂ superior a dois. A comorbilidade mais frequente nestes doentes era a hipertensão arterial (com ou sem complicações).

Neoplasias

No estudo da lista foram identificados 46 neoplasias malignas em 44 utentes vivos (os utentes entretanto falecidos serão discutidos no item “causas de morte”). Assim a prevalência de neoplasias malignas na lista foi de 2,8%, um valor superior à média nacional – 1,9%.²² A maioria dos sobreviventes era do sexo feminino (67,4%) e a idade média era de 63,3 anos, variando entre 33 e 91 anos.

Foram diagnosticadas de novo em 2009 (até Outubro) nove neoplasias, em nove utentes diferentes: três do cólon, uma da mama, uma do sistema nervoso central, uma do colo do útero, uma da vulva, uma do pulmão (utente entretanto falecido) e um linfoma não Hodgkin (utente entretanto falecido).

Quadro LV. Localização e terapêutica nos utentes vivos com diagnóstico de neoplasia maligna.

Diagnóstico	♂	♀	Tratamento					
			Cir	RT	QT	HT	BT	IR
B: Sangue, órgãos hematopoiéticos e linfáticos								
B74: Outra neoplasia maligna do sangue	2	1		1	2			
D: Aparelho digestivo								
D75: Neoplasia maligna do cólon / recto	3	5	7	1	3			
D76: Neoplasia maligna do pâncreas	0	2	2		1			
D77: Neoplasia maligna do aparelho digestivo, outra / não especificada	0	1	1					
N: Sistema nervoso								
N74: Neoplasia maligna do sistema neurológico	0	1	1		1			
R: Aparelho respiratório								
R84: Neoplasia maligna do brônquio / pulmão	0	1	1		1			
S: Pele								
S77: Neoplasia maligna da pele	3	4	7					
T: Endócrino, metabólico e nutricional								
T71: Neoplasia maligna da tiróide	1	3	4					1
U: Aparelho urinário								
U76: Neoplasia maligna da bexiga	1	0	1		1			
X: Aparelho genital feminino (incluindo mama)								
X75: Neoplasia maligna do colo	-	2	2			1		
X76: Neoplasia maligna da mama feminina*	-	12	11	7	4			
X81: Neoplasia genital feminina de natureza incerta / outra	-	1	1					
Y: Aparelho genital masculino								
Y77: Neoplasia maligna da próstata	3	-	2			1	1	
Total	13	33	40	9	13	2	1	1

Cir – cirurgia. RT – radioterapia. QT – quimioterapia. HT – hormonoterapia. BT – braquiterapia. IR – iodo radioactivo. * Em duas utentes não existe informação no processo clínico sobre o tratamento efectuado.

CAUSAS DE MORTE

No ano de 2009 faleceram dez utentes da lista, o que corresponde uma taxa de mortalidade de 6,3%. Esta taxa é inferior à média nacional – 9,8 %⁷ – e poderá ser devida ao facto de o centro de saúde ou o médico de família não terem tido conhecimento de uma parte dos óbitos. De facto, a principal fonte de informação para os óbitos é a família dos utentes, enquanto os sistemas de articulação dentro da administração pública são pouco eficazes. Assim, é provável que as famílias de utentes que não são utilizadores não comuniquem o seu falecimento.

As causas de morte são apresentadas no Quadro LVI. Não foi possível apurar a causa de morte em cinco utentes. Verifica-se que a principal causa de morte são as doenças neoplásicas, ao contrário da média nacional, em que predominam as causas cardiovasculares.⁷ Contudo, é muito provável que exista aqui um viés de selecção, pois é mais frequente o médico de família conhecer a causa de morte em alguém que tem uma neoplasia durante vários meses do que em alguém que morre subitamente de causa cardiovascular.

Quadro LVI. Causas de morte dos utentes falecidos em 2009.

Utente		Causa de morte	
Sexo	Idade	ICPC-2	ICD-10
M	76	B72: Doença de Hodgkin/linfomas	C85.9: Linfoma não-Hodgkin de tipo não especificado
F	89	D75: Neoplasia maligna do cólon / recto	C18.9: Neoplasia maligna do cólon de tipo não especificado
M	81	K77: Insuficiência cardíaca	I50.0: Insuficiência cardíaca congestiva
M	56	N74: Neoplasia maligna do sistema neurológico	C71.0: Neoplasia maligna do cérebro, excepto lobos e ventrículos
M	70	R84: Neoplasia maligna do brônquio / pulmão	C34.9: Neoplasia maligna dos brônquios ou dos pulmões de tipo não especificado
F	96	Desconhecida	
M	87	Desconhecida	
F	76	Desconhecida	
M	87	Desconhecida	
F	89	Desconhecida	

INDICADORES DE UTILIZAÇÃO

Os indicadores de utilização da lista do orientador são mostrados no Quadro LVII. A interpretação destes dados deve, porém, ter em conta as limitações discutidas acima para os resultados da USF.

As taxas de cobertura foram próximas da média da USF em todos os tipos de consulta. A taxa de cobertura mais baixa é a da consulta de planeamento familiar. Este valor dever-se-á à elevada proporção de utentes que utilizam serviços privados na área da ginecologia.

Na precocidade das consultas de saúde infantil, segundo os registos do SINUS para 2009, 94,1% das primeiras consultas até aos doze meses de vida realizaram-se dentro do período neonatal (até aos 28 dias) e 100% realizaram-se antes dos três meses. Na precocidade das primeiras consultas de saúde materna, o SINUS indica que em 2009 100% das grávidas efectuou a primeira consulta no primeiro trimestre.

VACINAÇÃO

A taxa de cumprimento do plano nacional de vacinação dos utentes da lista é mostrada no Quadro LVIII. Tal como no resto da USF, ela foi maior nos primeiros anos de vida e menor nos utentes mais

Quadro LVII. Indicadores de utilização da lista do orientador entre Janeiro de 2007 e 15 de Dezembro de 2009, por tipo de consulta e grupo etário.

Ano	Indicador	Saúde infantil				PF	SM	Adultos			Domicílios	Total
		<12M	12-23M	2-13A	14-18A	15-44A	15-44A	19-44A	45-64A	≥65A		
2007	Inscritos	4	15	233	89	368	368	613	362	233	-	1549
	Total consultas	74	48	201	51	115	65	626	863	885	35	2928
	1 ^{as} consultas (%)	36,5	39,6	61,2	74,5	80,9	23,1	52,9	39,7	32,7	-	43,6
	Cobertura (%)*	675,0	126,7	52,8	42,7	25,3	-	54,0	94,8	124,0	22,6‰ inscritos	82,5
	IUR [†]	2,7	2,5	1,6	1,3	1,2	4,3	1,9	2,5	3,1	-	2,3
2008	Inscritos	22	16	231	99	359	359	605	366	259	-	1598
	Total consultas	124	46	258	96	271	165	749	1034	1192	37	3935
	1 ^{as} consultas (%)	23,4	19,6	43,0	47,9	56,8	12,7	33,8	20,6	15,6	-	26,0
	Cobertura (%)*	131,8	56,3	48,1	46,5	42,9	-	41,8	58,2	71,8	23,2‰ inscritos	64,0
	IUR [†]	4,3	5,1	2,3	2,1	1,8	7,9	3,0	4,9	6,4	-	3,9
2009	Inscritos	18	24	232	95	360	360	609	370	251	-	1599
	Total consultas	94	59	280	94	162	51	762	996	1066	38	3564
	1 ^{as} consultas (%)	28,7	20,3	39,6	47,9	71,6	9,8	34,4	22,2	15,9	-	27,2
	Cobertura (%)*	150,0	50,0	47,8	47,4	32,2	-	43,0	59,7	67,7	23,8‰ inscritos	60,6
	IUR [†]	3,5	4,9	2,5	2,1	1,4	10,2	2,9	4,5	6,3	-	3,7

* Taxa de cobertura: proporção de utentes inscritos que são utilizadores (pelo menos uma consulta no ano).

† Índice de utilização repetida: número médio de consultas no ano por parte dos utentes utilizadores.

velhos. Apenas nos grupos etários das crianças dos 2 aos 4 anos e dos 7 aos 9 anos se registam taxas de cobertura vacinal superiores a 95% – o limiar para a imunidade de grupo. As possíveis razões para as taxas de cobertura baixa nos restantes grupos foram discutidas acima quando se descreveu a cobertura vacinal na USF. Nas crianças com menos de um ano apenas um bebé do sexo masculino não tem o plano nacional de vacinação completo.

Quadro LVIII. Taxas de cobertura vacinal na lista de utentes (dados de 23 de Deze de 2009).

Idade	Mulheres (%)	Homens (%)	Total (%)
<12M	100,0	88,9	93,3
12-23M	70,0	100,0	85,7
2-4A	100,0	100,0	100,0
5-6A	93,5	83,3	89,8
7-9A	96,2	94,1	95,3
10-13A	87,8	87,9	87,8
14-18A	54,3	82,2	68,1
≥19A	61,0	49,7	55,9
Total	66,1	58,5	62,7

A taxa de cobertura da vacina da gripe sazonal era, a 23 de Dezembro de 2009, de 29,2% nos utentes com idade igual ou superior a 65 anos. No entanto, em 2009 foram registadas todas as vacinas prescritas durante a consulta e essas permitiriam atingir uma taxa de cobertura de 57,2% neste grupo etário. Esse valor não foi atingido provavelmente porque uma parte dos utentes se vacinou na farmácia (ficando a USF sem registo), outros poderão ainda vir vacinar-se e outros terão desistido da vacinação.

Até 15 de Dezembro de 2009, tinham sido emitidas 59 declarações para vacinação contra a gripe A H₁N₁ (estirpe pandémica de 2009) e vacinados 54 utentes.

RASTREIO ONCOLÓGICO

O rastreio oncológico é uma das actividades preventivas mais importantes a realizar pelo médico de família. Foram estudados na lista os rastreios dos cancros da mama, do colo do útero e colo-rectal. Para cada um destes foram definidos critérios de cumprimento, de acordo com as recomendações do núcleo de actividades preventivas da APMCG (Quadro LIX).

Quadro LIX. Critérios utilizados para definir o cumprimento do rastreio oncológico.

	Mama ²⁴	Colo do útero ²⁵	Colo-rectal ²⁶
Cumprido	♀ [50-70A] com mamografia no último ano	♀ [18 ou 21*-65A] com citologia realizada no último ano ou nos 3 últimos anos (se 3 citologias consecutivas normais)	[50-75A] com PSOF no último ano; rectossigmoidoscopia nos últimos 5A; colonoscopia nos últimos 10A
Não aplicável	♀ seguida em consulta hospitalar por neoplasia da mama	Histerectomia	Seguido em consulta de cirurgia por neoplasia colo-rectal

* De acordo com a idade de início da actividade sexual.

O rastreio que apresenta melhor taxa de cumprimento é o do cancro da mama, enquanto os rastreios dos cancros do colo do útero e colo-rectal ficam-se por taxas de cumprimento abaixo dos 50%. Estes resultados poderão estar relacionados com a facilidade com que os utentes aceitam fazer os exames de rastreio. Muitas mulheres faltam às consultas para realização de colpocitologia ou preferem o seguimento em consultas privadas, não nos trazendo o resultado da citologia. Há também um grupo significativo de utentes que recusa realizar a pesquisa de sangue oculto nas fezes pela natureza do exame.

Quadro LX. Cumprimento dos rastreios oncológicos na lista de utentes.

	Mama		Colo do útero		Cólon-rectal	
	n	%	n	%	n	%
Não aplicável	8	4,3	31	5,7	17	4,3
Desconhecido	48	25,5	182	33,7	106	26,6
Não cumprido	18	9,6	90	16,7	101	25,4
Cumprido	114	60,6	237	43,9	174	43,7
Total	188		540		398	

ORGANIZAÇÃO DA CONSULTA

A consulta do meu orientador decorria de segunda a sexta-feira e estava dividida em sete subtipos: saúde do adulto, saúde infantil, saúde materna, planeamento familiar, consulta do dia, inter-substituição da USF e domicílios. No horário da consulta de planeamento familiar era também feito o rastreio oncológico do cancro do colo do útero e da mama às mulheres de 55 ou mais anos. Os médicos da USF não realizavam serviço de atendimento complementar (que funcionava apenas aos sábados de manhã). Em compensação, o utente era sempre visto quando pedia uma consulta urgente na USF. Até ao final de Outubro de 2009, o utente era visto preferencialmente pelo seu médico de família (independentemente da hora a que chegasse, desde que o médico de família estivesse em horário de consulta). A partir desta altura, o utente passou a ser visto pelo médico que estivesse a assegurar a consulta de inter-substituição.

O horário de consulta é descrito no Quadro LXI. O meu orientador assegurava a consulta de inter-substituição às quinta-feiras, das 14 às 20 horas. A consulta de inter-substituição das sextas-feiras das 14 às 20 horas era feita em rotação pelos médicos da USF. As consultas no domicílio aconteciam geralmente às terças ou quintas-feiras, depois das consultas do dia, mas esta organização era muito flexível, de acordo com as necessidades dos utentes. O intervalo entre as consultas de saúde do adulto e consulta do dia era de 20 minutos e de 30 para as restantes (com excepção, claro está, dos domicílios). As consultas de inter-substituição da USF não tinham duração definida. O pedido de receituário ou de outros documentos era feito a qualquer hora ao balcão da USF e eram geralmente entregues ao utente na manhã do dia seguinte. Em regra, não eram vistos exames complementares de diagnóstico sem o utente presente. Os registos eram feitos no programa SAM.

Quadro LXI. Horário semanal de consulta. A cinzento, o horário ocupado por mim em tarefas não assistenciais.

Hora	2ª-feira	3ª-feira	4ª-feira	5ª-feira	6ª-feira
8 – 9	← Consulta do dia →				
9 – 10	Saúde de adultos	Estudo	Saúde infantil	Estudo	Saúde de adultos
10 – 11					
11 – 12					
12 – 13			Saúde de adultos		
13 – 14					
14 – 15		Saúde materna	Reunião CSO	Saúde de adultos / Intersubstituição	Reunião EIO
15 – 16		Planeamento familiar	Estudo		
16 – 17					
17 – 18					
18 – 19		Saúde de adultos			
19 – 20					

CONSULTAS

Durante os estágios de MGF-1, MGF-2 e MGF-3 criei um sistema de registo e análise de dados de complexidade crescente, com o objectivo de conhecer em mais detalhe a minha actividade. Os parâmetros registados encontram-se enumerados no Quadro LXII.

Nas grávidas que segui durante os estágios de MGF-2 e MGF-3, registei separadamente: número de processo, gravidez desejada / não desejada, idade gestacional no início da vigilância, índice obstétrico, gravidez gemelar (sim / não), idade gestacional no parto, tipo de parto, sexo do recém-nascido, peso ao nascer, complicações no parto (sim / não) e intercorrências da gravidez.

Decidi, em conjunto com o orientador, registar os motivos de consulta em quatro semanas intercaladas de cada ano, excepto nos contactos indirectos durante os estágios de MGF-2 e MGF-3, onde o registo dos motivos foi feito sempre. A classificação dos motivos de consulta pela ICPC-2 é exigente, no sentido em que obriga a uma abordagem especial para o seu esclarecimento junto do utente, sem ter em conta a visão ou a agenda do médico. Assim, nestas semanas estive especialmente atento à definição da agenda do utente e à clarificação dos motivos de consulta. Nos contactos indirectos, classifiquei o motivo de consulta de acordo com o pedido deixado pelo utente no secretariado clínico. O registo dos procedimentos efectuados foi, à semelhança dos motivos de consulta, feito durante quatro semanas nos estágios de MGF-2 e MGF-3.

Os registos apresentados neste relatório referem-se às consultas efectuadas até ao dia 15 de Dezembro de 2009.

Quadro LXII. Parâmetros registados nas consultas de MGF.

Tipo de consulta	Parâmetro
Todos	Número de processo Data da consulta Tipo de consulta Sexo Idade (anos e meses e dias nas crianças) Grau de participação Grau de dependência (se idade ≥ 65 anos)* Problemas Motivos de consulta [†] Procedimentos [†] Gestos Referenciação Especialidade e motivo da referenciação
Saúde infantil	Acompanhante
Saúde materna	Idade gestacional Revisão de puerpério (sim / não) Acompanhante Grau de risco Risco mental (sim / não)
Planeamento familiar	Método contraceptivo
Rastreio oncológico	Mamografia (resultado) Citologia (resultado) PSOF (resultado)
Hipertensão arterial	Tipo de HTA Tensão arterial IMC Microalbuminúria Medicação (para a HTA) Complicações
Diabetes	Tipo de diabetes HbA _{1c} IMC Tensão arterial Microalbuminúria Colesterol Total Colesterol HDL Triglicéridos Medicação (para a diabetes) Complicações
Dislipidémia	Colesterol Total Colesterol HDL Triglicéridos Medicação (para a dislipidémia)
Depressão	Evolução Medicação (para a depressão)
Doenças da tiróide	Patologia Estado Tratamento (para a doença da tiróide)
Obesidade	IMC
Domicílios	Iniciativa Presentes Grau de dependência

A preto os parâmetros registados nos três anos, a azul os parâmetros registados nos estágios de MGF-2 e MGF-3 e a laranja os parâmetros registados apenas no estágio de MGF-3. * Excepto contactos indirectos.

† Durante 4 semanas do estágio.

UTILIZADORES

Ao longo dos estágios de MGF registei 2566 consultas (Quadro LXIII). Destas, 62,9% foram para mulheres e 37,1% para homens. A maior preponderância do sexo feminino nos utilizadores é um resultado esperado e de acordo com a literatura e mantém-se mesmo se não forem consideradas as consultas de planeamento familiar, rastreio oncológico e saúde materna. A idade média dos utentes observados foi de 46,2 anos. A Figura 36 (na página seguinte) compara a distribuição etária dos utentes observados em consulta com a pirâmide etária da lista do orientador. Apesar de estarem incluídos alguns utentes de outras listas devido às consultas de inter-substituição, a comparação não deixa de ser útil. Verifica-se que a utilização é proporcionalmente maior nas crianças até aos 5 anos (sem dúvida devido ao elevado número de consultas de saúde infantil nesta faixa etária); e a partir dos 55 (provavelmente por ser a população que apresenta maior morbilidade). Os homens, especialmente nos adultos jovens, recorreram menos frequentemente às consultas que as mulheres.

Durante os estágios de MGF-2 e MGF-3 registei em cada consulta o número de processo do utente. Isso permitiu-me avaliar a continuidade de cuidados prestados a cada utente. Assim, durante estes estágios contactei com 888 utentes da lista do orientador. Com 448 o contacto estabeleceu-se por apenas uma vez, mas em 440 houve entre duas e dez consultas ao mesmo utente (Quadro LXIV).

GRAU DE PARTICIPAÇÃO

Realizei autonomamente 74,2% das consultas registadas, sendo esta proporção maior nos atendimentos urgentes e menor nos domicílios – Quadro LXV.

Ao longo dos estágios de MGF houve uma evolução progressiva na minha capacidade para realizar as consultas autonomamente. A Figura 37 mostra que no início do estágio de MGF-1 realizava poucas consultas autonomamente. Esta proporção foi aumentando a ritmo acelerado durante este estágio e mais lentamente durante o estágio de MGF-2. No final do internato já realizava autonomamente todas as consultas. De notar que durante o estágio de MGF-2 e início do estágio de MGF-3 algumas consultas de saúde materna e planeamento familiar não foram realizadas autonomamente porque o meu orientador tinha dois internos e estas consultas eram partilhadas entre ambos.

Quadro LXIII. Consultas registadas por tipo, sexo e idade média dos utilizadores.

Tipo de consulta	n	Mulheres (%)	Idade (anos)
Saúde de adultos	946	63,7	52,0
Saúde infantil	253	57,3	5,1
Saúde materna	65	100,0	27,8
Planeamento familiar	123	99,2	35,5
Rastreio oncológico	24	100,0	58,5
Domicílios	36	61,1	76,3
Consulta do dia	673	55,9	44,6
Inter-substituição	278	60,4	34,6
Contacto indirecto	203	60,6	59,1
Saúde escolar*	2	0,0	8,0
Total	2566	62,9	46,2

* Ver página 114

Quadro LXIV. Número de consultas feitas a cada utente durante os estágios de MGF-2 e MGF-3.

Nº de consultas	n
1	448
2	193
3	98
4	73
5	37
6	16
7	14
8	2
9	3
10	4

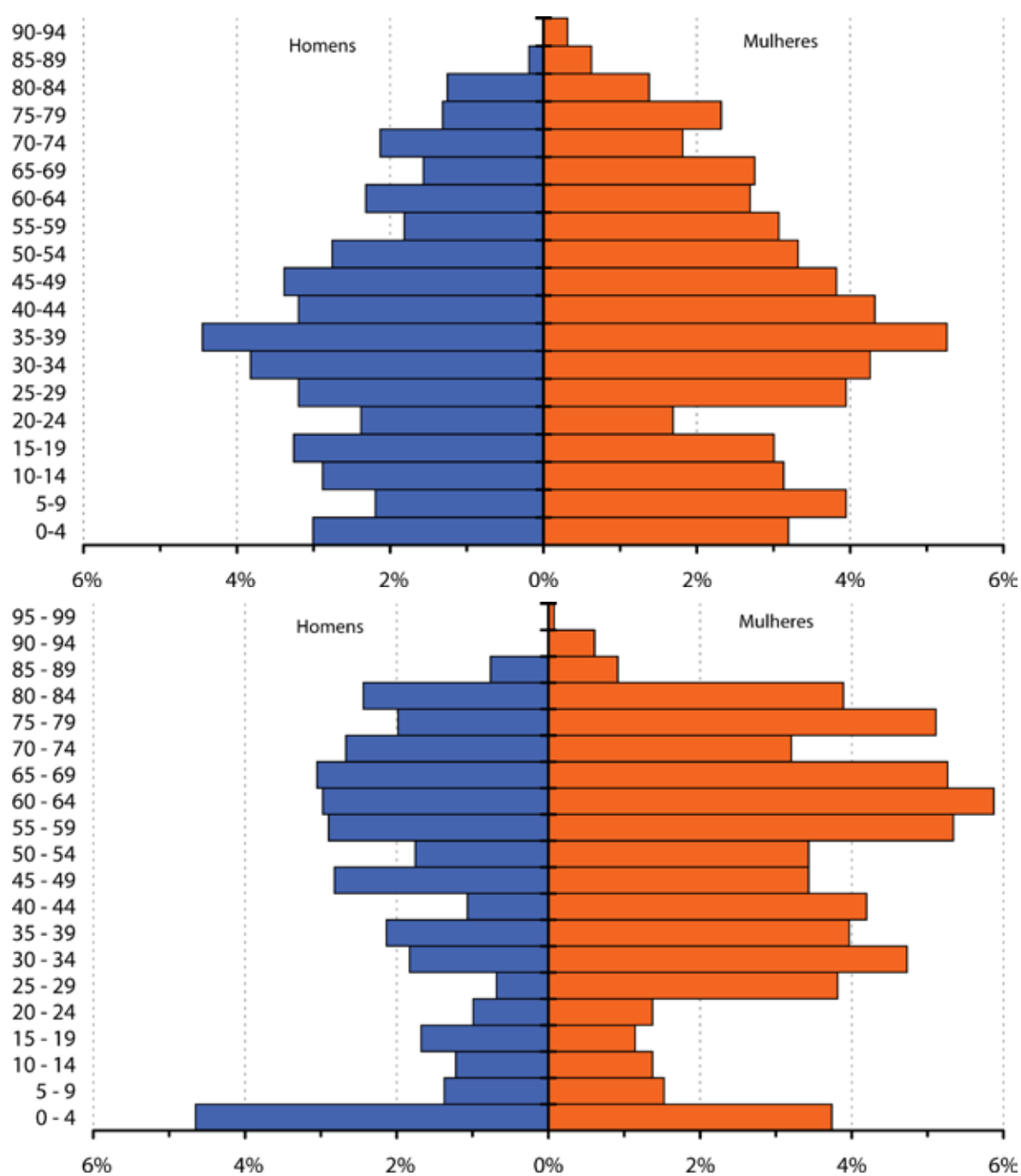


Figura 36. Comparação das pirâmides etárias do ficheiro (em cima) e dos utentes observados em consulta (em baixo). Valores percentuais.

Quadro LXV. Grau de participação nas consultas de MGF.

Consulta	Observação (%)	Ajudei o orientador (%)	Feita por mim (%)
Saúde de adultos	11,8	10,7	77,5
Saúde infantil	6,2	15,2	78,6
Saúde materna	13,8	20,0	66,2
Planeamento familiar	10,6	15,4	74,0
Rastreio oncológico	4,2	16,7	79,2
Domicílios	19,4	61,1	19,4
Consulta do dia	24,1	9,8	66,0
Inter-substituição	5,4	6,5	88,1
Total	14,1	11,7	74,2

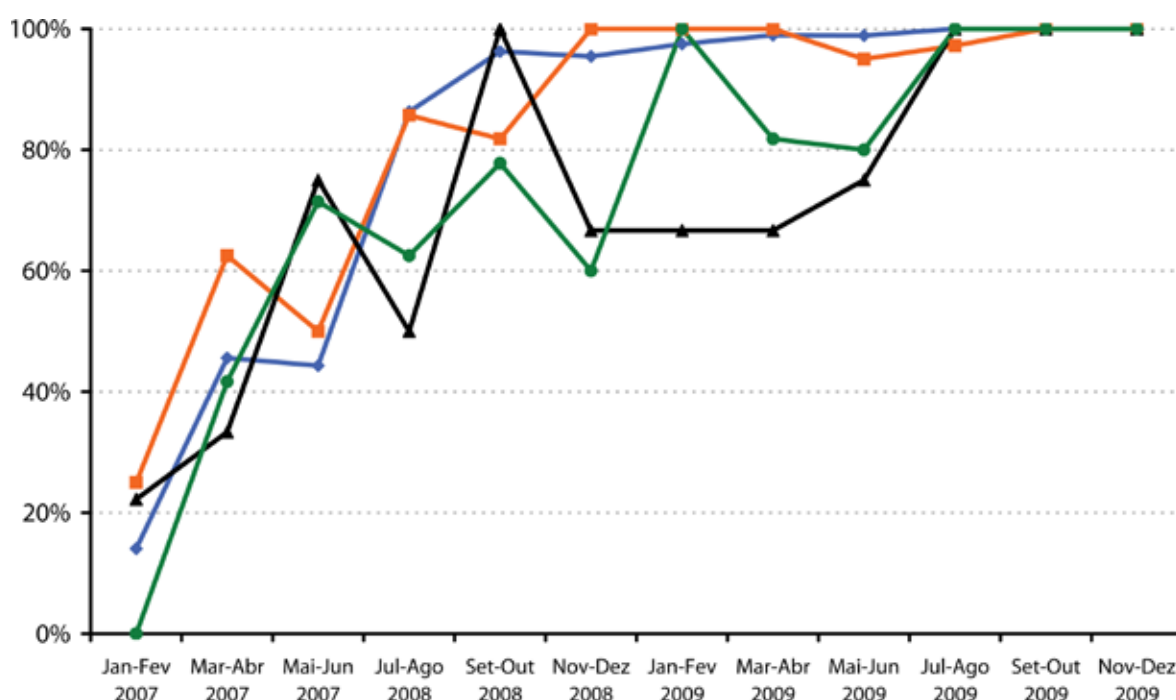


Figura 37. Proporção de consultas realizadas autonomamente por mim ao longo dos estágios de MGF. — saúde de adultos; — saúde infantil; — saúde materna; — planeamento familiar.

SAÚDE DE ADULTOS

A consulta de saúde de adultos destina-se aos utentes com mais de 18 anos, independentemente do sexo ou da sua patologia (ou ausência dela). Habitualmente são excluídos desta consulta os problemas relacionados com a saúde da mulher e a saúde materna, apesar de isso não ser dogmático (por vezes foram vistos resultados de exames complementares de diagnóstico pedidos naquelas consultas no espaço da saúde de adultos).

Particpei em 946 consultas de saúde de adultos durante o internato. A maioria dos utentes observados era do sexo feminino (63,7%) e a idade média foi de 58,4 anos.

Motivos de consulta (12 semanas)

O principal motivo de consulta foi a apresentação de exames complementares de diagnóstico, sem especificação da patologia a que se referiam (A60) – Quadro LXVI. Em média, foram apresentados 2,7 motivos por consulta, sendo necessários 150 códigos diferentes da ICPC-2 para os classificar, o que mostra a diversidade encontrada nas razões que levam os adultos a recorrer ao médico de família. Quando agrupados por capítulos da ICPC-2, a maioria dos motivos de consulta enquadrava-se no capítulo geral e inespecífico (A), seguido dos capítulos do sistema músculo-esquelético (L) e do aparelho circulatório (K). Comparativamente a dois trabalhos publicados na Revista Portuguesa de Clínica Geral, encontrou-se um número médio de motivos por consulta ligeiramente superior e menor preponderância do capítulo K.^{27,28}

Problemas

Em cada consulta foram abordados, em média, 3,0 problemas. O problema mais frequente foi a hipertensão arterial sem complicações, o que traduz a prevalência deste factor de risco na população. A medicina preventiva (A98) foi o segundo problema mais frequente, demonstrando o lugar de destaque ocupado pelas actividades preventivas nesta consulta, sobretudo através dos exames periódicos de saúde e dos rastreios oncológicos. Seguiram-se três doenças crónicas: a diabetes tipo 2, a dislipi-

Quadro LXVI. Principais motivos de consulta, problemas e procedimentos na consulta de saúde de adultos.

Motivos	n
A60: Resultados de análises/procedimentos	41
A50: Medicação/prescrição/renovação/injecção	18
K60: Resultados de análises/procedimentos	12
R44: Vacinação ou medicação preventiva	10
A62: Procedimento administrativo	8
T60: Resultados de análises/procedimentos	8
Outros	283
Problemas	n
K86: Hipertensão sem complicações	348
A98: Medicina preventiva / manutenção da saúde	265
T90: Diabetes não insulino-dependente	177
T93: Alteração do metabolismo dos lípidos	130
P76: Perturbação depressiva	103
Outros	1872
Procedimentos	n
K31: Exame médico ou avaliação de saúde parcial	69
A50: Medicação/prescrição/renovação/injecção	54
A31: Exame médico ou avaliação de saúde parcial	40
L50: Medicação/prescrição/renovação/injecção	39
K50: Medicação/prescrição/renovação/injecção	37
Outros	758

démia e a depressão. No seu conjunto, os cinco problemas mais frequentes correspondem a um terço do total de problemas abordados. Os restantes distribuíram-se por 300 códigos diferentes da ICPC-2. Estes números mostram que na consulta de saúde do adulto está presente um conjunto de doenças crónicas, que são responsáveis por um número elevado de consultas, lado a lado com uma grande variedade de outros problemas que individualmente são pouco representados, mas que no conjunto assumem um peso importante.

Merecem também destaque os problemas obesidade e abuso do tabaco pela sua frequência elevada e porque me permitiram treinar e aplicar as técnicas de entrevista motivacional na modificação de comportamentos relacionados com a saúde.

Quando agrupados em capítulos, os problemas mais frequentes dão origem ao padrão KTAPL (respectivamente, aparelho circulatório, endócrino, metabólico e nutricional, geral e inespecífico, psicológico e sistema músculo-esquelético).

Procedimentos (8 semanas)

Foram realizados em média 3,7 procedimentos por consulta, sendo os mais frequentes o exame médico parcial do aparelho circulatório (K31), habitual nas consultas de avaliação de utentes com hipertensão e no rastreio desta patologia; a prescrição de medicamentos para múltiplos problemas (A50); e o exame parcial de múltiplos sistemas (A31). Agrupados por capítulos da ICPC-2, a maioria dos procedimentos enquadrava-se no capítulo geral e inespecífico, no aparelho circulatório e no sistema músculo-esquelético.

Gestos

Na consulta de saúde de adultos registei a realização de três exames ginecológicos, uma colpocitologia, um teste de Schiller e duas pequenas cirurgias. Assisti ainda a duas pós-consultas de enfermagem em utentes diabéticos.

Referenciações

Referenciei 75 utentes para outras especialidades (7,9% do total). Durante os estágios de MGF-2 e MGF-3, 19 utentes foram referenciados para oftalmologia (a maioria para rastreio de retinopatia diabética), nove para cirurgia (a maioria por pesquisa de sangue oculto nas fezes positiva), sete para medicina física e reabilitação (para realização de tratamentos de fisioterapia), cinco para cardiologia (a maioria por doença valvular) e 21 para outras especialidades por motivos diversos.

SAÚDE INFANTIL E JUVENIL

A consulta de saúde infantil e juvenil destina-se aos utentes até aos 18 anos e engloba as vigilâncias periódicas de saúde e outras consultas programadas.

Participei em 253 consultas de saúde infantil durante o estágio. A maioria das crianças e jovens era do sexo feminino (57,3%) e a idade média foi de 5,1 anos.

Registei o acompanhante da criança em 132 consultas nos estágios de MGF-2 e MGF-3. A maioria das crianças vinha acompanhada pela mãe (59,2%) e um número significativo por ambos os pais (24,6%). As crianças vieram acompanhadas unicamente pelo pai em apenas 6,2% das consultas. Nos restantes casos as crianças vieram acompanhadas por outro familiar e alguns adolescentes vieram sozinhos.

Quadro LXVII. Principais motivos de consulta, problemas e procedimentos na consulta de saúde infantil.

Motivos	n
A98: Medicina preventiva / manutenção da saúde	17
A30: Exame médico ou avaliação de saúde completo	6
A62: Procedimento administrativo	3
S06: Erupção cutânea localizada	3
Outros	23
Problemas	n
A98: Medicina preventiva / manutenção da saúde	184
S87: Dermate / eczema atópico	12
T82: Obesidade	11
S74: Dermatofitose	11
F91: Erro de refração	9
Outros	112
Procedimentos	n
A30: Exame médico ou avaliação de saúde completo	18
A45: Observação/educação para a saúde/aconselhamento/dieta	17
Outros	23

Motivos de consulta (12 semanas)

O principal motivo de consulta foi a realização da consulta de vigilância de saúde (A98) – Quadro LXVII. Em média, foram apresentados 1,6 motivos por consulta, codificados em 25 códigos diferentes da ICPC-2. Quando agrupados por capítulo da ICPC-2, a maioria dos motivos de consulta enquadrava-se no capítulo geral e inespecífico (A), seguido dos capítulos pele (S) e aparelho respiratório (R).

Problemas

Em cada consulta foram abordados, em média, 1,6 problemas, sendo mais frequente a medicina preventiva (A98). Isto é, a maioria das crianças era saudável e vinha para consultas de vigilância

programada. Outros problemas frequentes foram eczema atópico (S87), obesidade (T82) – presente em 4,3% das consultas, infecções fúngicas da pele (S74) – mais frequentes nas crianças pobres – e alterações da visão devido a erros de refração (F91) – normalmente encontrados no decurso da consulta de vigilância. Os restantes problemas distribuíram-se por 64 outros códigos da ICPC-2. Quando agrupados, os problemas mais frequentes pertencem aos capítulos geral e inespecífico (A), pele (S) e aparelho respiratório (R).

Procedimentos (8 semanas)

Foram realizados em média 2,4 procedimentos por consulta, sendo os mais frequentes o exame médico completo (A30) e a educação para a saúde (A45). Agrupados por capítulos da ICPC-2, quase todos os procedimentos pertencem ao capítulo geral e inespecífico, ilustrando a abordagem holística feita na consulta de saúde infantil.

Gestos

Na consulta de saúde infantil registei a realização de exames globais de saúde desde o recém-nascido até aos 15 anos, quatro conferências familiares e assisti a onze pós-consultas de enfermagem (Quadro LXVIII).

Referenciações

Referenciei 11 crianças para outras especialidades (4,3% do total). Durante os estágios de MGF-2 e MGF-3, três foram referenciadas para oftalmologia por alterações da visão, uma para dermatologia por verrugas plantares, outra para ortopedia por escoliose, uma para cirurgia pediátrica por testículo não descido e outra para estomatologia por múltiplas cáries dentárias.

Intervenção familiar

A consulta de saúde infantil foi um local privilegiado para aplicar os instrumentos de abordagem familiar. Durante os estágios de MGF-1 e MGF-2 mantive a intervenção familiar durante as consultas em níveis baixos, aplicando sobretudo o genograma, a psicofigura de Mitchel e o círculo de Thrower. No entanto, no estágio de MGF-3 pude intervir ao nível 4 da classificação descrita por Doherty e Baird.²⁹ Uma das crianças que acompanhei na consulta de saúde infantil foi a Márcia, a quem recorro aqui para ilustrar a utilização da intervenção familiar.

A Márcia é uma criança de 8 anos que recorreu à consulta por medos (do escuro, de dormir sozinha, de ir à casa de banho durante a noite, de uma boneca, ...). A Márcia vive numa família nuclear, composta pela mãe, o pai e um irmão mais velho (de 20 anos). O pai sofre de alcoolismo crónico e a mãe de depressão e obesidade mórbida. A relação entre o casal é fraca e por vezes conflituosa. A relação entre o filho mais velho e o pai é disfuncional. Depois de duas consultas só com a Márcia, era evidente que os seus medos eram o sintoma visível de disfunção familiar, pelo que foi proposta a realização de uma entrevista familiar. Esta entrevista e outras três que se lhe seguiram procuraram reenquadrar o problema da Márcia, que cada um dos membros expressasse a sua posição e se envolvesse na cons-

Quadro LXVIII. Gestos realizados na consulta de saúde infantil.

Gesto	n
Exame recém-nascido	6
Exame 1 mês	11
Exame 2 meses	8
Exame 4 meses	9
Exame 6 meses	3
Exame 9 meses	11
Exame 1 ano	8
Exame 15 meses	12
Exame 18 meses	5
Exame 2 anos	3
Exame 3 anos	6
Exame 4 anos	7
Exame 5/6 anos	10
Exame 8/9 anos	12
Exame 11/13 anos	11
Exame 15 anos	2
Conferência familiar	4
Pós-consulta de enfermagem	11

trução de uma solução. A condução destas entrevistas foi um desafio pessoal, atendendo à formação insuficiente que é conferida pelo programa de formação de MGF nesta área. O orientador, apesar de não estar presente, teve um papel fundamental na planificação antes e na discussão depois de cada entrevista.

A Márcia melhorou ligeiramente dos medos com o decorrer da intervenção, mas eles ainda não desapareceram completamente e a família continua a ser disfuncional.

SAÚDE MATERNA

Na consulta de saúde materna é feito o seguimento das grávidas e a revisão de puerpério. Este seguimento é habitualmente mensal até às 36 semanas, altura em que as grávidas são referenciadas à consulta de obstetrícia do hospital São Francisco Xavier. Nalguns casos (habitualmente por gravidez de risco), as grávidas são referenciadas à consulta de obstetrícia mais cedo. Depois de referenciadas, as grávidas podem optar por continuar ou não a fazer a consulta de saúde materna. A consulta de puerpério deverá idealmente ser realizada até seis semanas após o parto e destina-se à realização do exame ginecológico e colpocitologia e ao planeamento familiar (normalmente a escolha de um método contraceptivo).

Participei em 65 consultas de saúde materna durante o internato, sete das quais de revisão de puerpério. Todas as utentes eram do sexo feminino e a idade média foi de 27,8 anos.

Quadro LXIX. Principais motivos de consulta, problemas e procedimentos na consulta de saúde materna.

Motivos	n
W78: Gravidez	7
W60: Resultados de análises/procedimentos	3
Outros	13
Problemas	n
W78: Gravidez	55
A98: Medicina preventiva / manutenção da saúde	7
W84: Gravidez de alto risco	5
Outros	52
Procedimentos	n
W31: Exame médico ou avaliação de saúde parcial	8
W45: Observação/educação para a saúde/aconselhamento/dieta	5
W34: Análise de sangue	4
Outros	17

Motivos de consulta (12 semanas)

O principal motivo de consulta foi o seguimento da gravidez (W78) – Quadro LXIX. Em média, foram apresentados 1,9 motivos por consulta.

Problemas

Em cada consulta foram abordados, em média, 1,8 problemas. O problema mais frequente foi a vigilância da gravidez (W78). Seguiu-se o código A98 (medicina preventiva), que representa essencialmente a realização do rastreio do cancro do colo do útero. O código W84 (gravidez de alto risco) foi registado em algumas grávidas que foram referenciadas ao hospital. Estes três problemas correspondem a 56,3% do total, distribuindo-se os restantes por 32 outros códigos da ICPC-2, a maioria pertencendo ao capítulo gravidez e planeamento familiar (W).

Procedimentos (8 semanas)

Foram realizados em média 3,4 procedimentos por consulta, sendo os mais frequentes o exame médico parcial na gravidez (W31) e os cuidados antecipatórios (W45).

Gestos

Na consulta de saúde materna realizei 50 gestos – Quadro LXX.

Quadro LXX. Gestos realizados na consulta de saúde materna.

Gesto	n
Exame grávida 1º trimestre	5
Exame grávida 2º trimestre	14
Exame grávida 3º trimestre	9
Exame ginecológico	6
Colpocitologia	6
Teste de Schiller	6
Palpação mamaria	1
Colocação de Implanon	1
Pós-consulta de enfermagem	2

Referenciações

Referenciei dez grávidas (19,2% do total). Durante os estágios de MGF-2 e MGF-3, seis foram referenciadas para a consulta de obstetrícia (quatro por estarem a atingir as 36 semanas, uma por alterações na ecografia do segundo trimestre e a outra por gravidez gemelar) e duas para o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral.

Grávidas vigiadas

Durante os estágios de MGF-2 e MGF-3 segui 14 grávidas – Quadro LXXII (em frente). Participei em consultas de grávidas com idade gestacional entre 14 semanas e 4 dias e 40 semanas e 0 dias – Quadro LXXI. Em 36 consultas as gravidezes eram de baixo risco (índice de Goodwin 0 a 2) em três de risco médio (índice de Goodwin 3) e numa de risco alto (índice de Goodwin 6). Nenhuma das grávidas apresentava risco de saúde mental. Em 29 consultas a grávida veio sozinha e em 12 com o companheiro. Doze das grávidas seguidas pariram durante os estágios de MGF-2 e MGF-3. Um dos partos foi de uma gravidez gemelar, com um dos bebés a nascer com lábio leporino e fenda palatina.

Quadro LXXI. Distribuição das consultas de saúde materna nos estágios de MGF-2 e MGF-3 de acordo com a idade gestacional.

Idade gestacional	n
4 – 7	3
8 – 11	4
12 – 15	4
16 – 19	6
20 – 23	6
24 – 27	7
28 – 31	6
32 – 35	4
36 – 39	1
≥40	1

PLANEAMENTO FAMILIAR

Na consulta de planeamento familiar é feito aconselhamento contraceptivo e sobre doenças sexualmente transmissíveis e o rastreio dos cancros do colo do útero e da mama. Seguindo as orientações da Direcção-Geral da Saúde, podem aceder a esta consulta as mulheres em idade fértil com menos de 55 anos^v e os homens sem limite de idade.³⁰

Participei em 123 consultas de planeamento familiar durante o estágio. Apenas um homem (que veio por infertilidade) foi observado nesta consulta, sendo as restantes utentes mulheres. A idade média foi de 35,5 anos.

Motivos de consulta (12 semanas)

O principal motivo de consulta foi a realização de colpocitologia (X37) – Quadro LXXIII. Em média, foram apresentados 1,4 motivos por consulta, classificados em 22 códigos diferentes da ICPC-2.

^v A orientação técnica da Direcção-Geral da Saúde alargando a consulta de planeamento familiar até aos 55 anos foi publicada em Julho de 2008, no início do estágio de MGF-2..

Quadro LXXII. Grávidas seguidas durante os estágios de MGF-2 e MGF-3.

Idade	Gravidez desejada	Início da vigilância (sem)	Índice obstétrico				Intercorrências	Parto				Complicações
			PT	PP	A	FV		Idade gestacional (sem)	Tipo	Sexo RN	Peso RN (Kg)	
34	Sim	9	1	0	0	1	-	40	Eutócico	Feminino	2,960	-
34	Sim	4	0	1	1	1	D03	39	Ventosa	Masculino	3,690	-
31	Sim	7	1	0	0	1	W05	39	Eutócico	Masculino	3,225	-
26	Sim	8	0	0	0	0	-	40	Eutócico	Feminino	3,040	-
21	Sim	5	0	0	2	0	U71, B80, X73	38	Eutócico	Masculino	2,690	-
33	Sim	4	2	0	1	2	-	36	Eutócico	Feminino	2,400	-
26	Sim	7	0	1	0	1	U71, X84	39	Eutócico	Masculino	2,400	Lábio leporino e fenda palatina
25	Sim	12	0	0	0	0	L81, U71	-	-	-	-	-
29	Sim	5	1	0	0	1	-	38	Eutócico	Masculino	2,780	-
18	Não	11	1	0	0	1	B80, D72, U71	39	Eutócico	Masculino	2,940	-
38	Sim	9	1	0	0	1	T86*	41	?	Masculino	?	?
26	Sim	8	1	0	0	1	-	38	Eutócico	Masculino	3,465	-
23	Sim	6	0	0	0	0	U71	40	Eutócico	Masculino	3,970	-
28	Não	12	2	0	0	2	X72	-	-	-	-	-

* Anterior à gravidez. ? Desconhecido. PT – partos de termo. PP – partos prematuros. A – abortos. FV – filhos vivos. RN – recém-nascido. B80: Anemia por deficiência de ferro.

D03: Azia. D72: Hepatite viral. L81: Traumatismo do sistema musculo-esquelético não especificado. T86: Hipotiroidismo / mixedema. U71: Cistite / outra infecção urinária.

W05: Vômitos / náuseas durante a gravidez. X72: Candidíase genital na mulher. X73: Tricomoníase genital na mulher. X84: Vaginite / vulvite não especificada.

Quadro LXXIII. Principais motivos de consulta, problemas e procedimentos na consulta de planeamento familiar.

Motivos	n
X37: Citologia exfoliativa/histologia	6
X60: Resultados de análises/procedimentos	5
W14: Contraceção, outros	5
Outros	25
Problemas	n
A98: Medicina preventiva / manutenção da saúde	68
W14: Contraceção, outros	42
W11: Contraceção oral	31
W12: Contraceção intra-uterina	16
P17: Abuso do tabaco	7
Outros	103
Procedimentos	n
X37: Citologia exfoliativa/histologia	9
X31: Exame médico ou avaliação de saúde parcial	8
Outros	33

Quando agrupados por capítulo da ICPC-2, a maioria dos motivos de consulta enquadrava-se no aparelho genital feminino (X) ou no planeamento familiar (W).

Problemas

Em cada consulta foram abordados, em média, 2,2 problemas. O problema mais frequente foi a medicina preventiva (A98), representando essencialmente o rastreio oncológico do cancro do colo do útero. Seguiram-se três tipos de contraceção: outros (onde se incluem os implantes subcutâneos, outras formas de contraceção hormonal não oral e a utilização de métodos barreira), a contraceção hormonal oral e os dispositivos intra-uterinos. De notar que a contraceção hormonal oral é a mais utilizada, mas os outros métodos obrigam à realização de mais consultas (para esclarecimento e colocação de implante subcutâneo ou DIU), pelo que estão sobre-representados. A cessação tabágica foi também um problema abordado na consulta de planeamento familiar. Os restantes problemas (38,6% do total) distribuíram-se por 61 outros códigos da ICPC-2.

Quando agrupados em capítulos, os problemas mais frequentes enquadram-se no planeamento familiar (W), capítulo geral e inespecífico (A) e aparelho genital feminino (X).

Procedimentos (8 semanas)

Foram realizados em média 2,9 procedimentos por consulta, sendo os mais frequentes a citologia do colo do útero (X37) e o exame parcial do aparelho genital feminino (X31).

Gestos

Na consulta de planeamento familiar realizei 178 gestos – Quadro LXXIV.

Referenciações

Referenciei dez utentes para outras especialidades (8,1% do total), uma das quais para duas especialidades diferentes. Durante os estágios de

Quadro LXXIV. Gestos realizados na consulta de planeamento familiar.

Gesto	n
Exame ginecológico	53
Colpocitologia	51
Teste de Schiller	51
Colocação de DIU	5
Remoção de DIU	2
Colocação de Implanon	12
Remoção de Implanon	1
Pequena cirurgia	1
Pós-consulta de enfermagem	2

MGF-2 e MGF-3, foram referenciados para ginecologia um casal e uma outra utente por infertilidade, uma utente para realizar laqueação tubária, outra para aconselhamento sobre contraceção (por ter SIDA e fazer terapêutica com medicamentos que interagem com os contraceptivos hormonais e ter contra-indicação para DIU), uma por alterações na citologia e outra por fibroadenoma da mama. A outra utente foi referenciada para ortopedia e cirurgia plástica por problemas não relacionados com o planeamento familiar.

RASTREIO ONCOLÓGICO

A consulta de rastreio oncológico serve teoricamente para todos os rastreios de neoplasias, mas foi usada exclusivamente por mulheres pós-menopausicas para rastreio dos cancros do colo do útero e da mama.

Participei em 24 consultas de rastreio oncológico durante o estágio. Todas as utentes eram do sexo feminino e a idade média foi de 58,5 anos.

Quadro LXXV. Principais motivos de consulta, problemas e procedimentos na consulta de rastreio oncológico.

Motivos	n
X37: Citologia exfoliativa/histologia	5
A60: Resultados de análises/procedimentos	4
Outros	12
Problemas	n
A98: Medicina preventiva / manutenção da saúde	24
X87: Prolapso útero-vaginal	5
T93: Alteração do metabolismo dos lípidos	4
P76: Perturbação depressiva	4
K85: Tensão arterial elevada	4
Outros	35
Procedimentos	n
X31: Exame médico ou avaliação de saúde parcial	5
X37: Citologia exfoliativa/histologia	5
Outros	15

Motivos de consulta (12 semanas)

O principal motivo de consulta foi a realização de colpocitologia (X37) – Quadro LXXV. Em média, foram apresentados 3,0 motivos por consulta, classificados em 14 códigos diferentes da ICPC-2. Quando agrupados por capítulo da ICPC-2, a maioria dos motivos de consulta enquadrava-se nos capítulos geral e inespecífico (A) e aparelho genital feminino (X).

Problemas

Em cada consulta foram abordados, em média, 3,2 problemas. O código A98 (medicina preventiva) foi registado em todas as consultas. Os prolapsos do pavimento pélvico foram o segundo problema mais registado. No total foram usados 31 códigos da ICPC-2 para registar todos os problemas desta consulta.

Quando agrupados em capítulos da ICPC-2, os problemas mais frequentes enquadram-se no capítulo geral e inespecífico (A) e aparelho genital feminino (X).

Procedimentos (8 semanas)

Foram realizados em média 4,2 procedimentos por consulta, sendo os mais frequentes o exame parcial do aparelho genital feminino (X31) e a citologia do colo do útero (X37).

Gestos

Na consulta de rastreio oncológico realizei dezasseis exames ginecológicos e colpocitologias, quinze testes de Schiller e retirei um DIU.

Referenciações

Referenciei uma utente (4,2% do total) para cirurgia geral por hemorróidas (o problema foi diagnosticado durante o exame ginecológico).

CONSULTA DOMICILIÁRIA

A consulta no domicílio é muito particular da medicina geral e familiar. Apesar de excepcional, esta consulta garante a acessibilidade ao médico de família, mesmo daqueles que estão impossibilitados de se deslocar. Habitualmente é utilizada pela população muito idosa, ou com doenças que comprometem gravemente a mobilidade.

Participei em 36 visitas domiciliárias durante o internato, realizando autonomamente sete. A maioria dos utentes era do sexo feminino (61,1%) e a idade média foi de 76,3 anos. Nos estágios de MGF-2 e MGF-3 (22 domicílios) registei de quem tinha sido a iniciativa do domicílio, quem estava presente a cuidar do utente e o grau de dependência da pessoa. Quatro domicílios foram feitos por iniciativa do médico de família, dezasseis a pedido dos utentes ou seus familiares e um por referência do hospital após alta. Na maioria das consultas (nove) fomos recebidos por um filho, em sete pelo cônjuge e nas restantes por outro familiar, um amigo ou um cuidador pago. O grau de dependência do utente foi avaliado pelo índice de Barthel: independente em quatro consultas, com dependência moderada em treze, com dependência grave em quatro e totalmente dependente numa consulta.

Quadro LXXVI. Principais motivos de consulta, problemas e procedimentos na consulta domiciliária.

Motivos	n
S17: Abrasão / arranhão / bolhas	2
A04: Debilidade / cansaço geral	2
Outros	8
Problemas	n
K87: Hipertensão com complicações	11
T90: Diabetes não insulino-dependente	9
K86: Hipertensão sem complicações	6
K90: Trombose / acidente vascular cerebral	6
R79: Bronquite crónica	5
Outros	57
Procedimentos	n
K31: Exame médico ou avaliação de saúde parcial	4
K50: Medicação/prescrição/renovação/injecção	3
Outros	8

Motivos de consulta (12 semanas)

Os motivos de consulta foram registados em apenas oito domicílios, pelo que não podem ser considerados representativos. Os motivos de consulta mais frequentes foram vesículas na pele (S17) e debilidade (A04) – Quadro LXXVI. Em média, foram apresentados 1,3 motivos por consulta, classificados em oito códigos diferentes da ICPC-2.

Problemas

Em cada consulta foram abordados, em média, 2,6 problemas. A maioria dos utentes vistos no domicílio sofria de doenças crónicas, alguns deles já com complicações e sequelas, sendo o problema mais frequente a hipertensão arterial com complicações (K87). Quando agrupados, os problemas mais frequentes pertencem aos capítulos do aparelho circulatório (K), endócrino (T) e sistema digestivo (D).

Procedimentos (8 semanas)

Os procedimentos foram registados em apenas cinco domicílios, sendo os mais frequentes o exame parcial do aparelho circulatório e a prescrição de medicamentos para doenças do aparelho circulatório.

CONSULTA DO DIA

A consulta do dia é uma consulta não programada, aberta diariamente a todos os utentes (adultos ou crianças) que estejam presentes no centro de saúde entre as 8h e as 8h30, sem limite de marcações. Administrativamente as consultas são marcadas de 20 em 20 minutos, no entanto a sua duração é geralmente inferior, fruto do elevado número de consultas solicitadas. Destina-se sobretudo à resolução de situações agudas urgentes, mas também de problemas (médicos ou burocráticos) de urgência relativa ou não programados (por exemplo, a entrega de resultados de exames complementares de diagnóstico nas situações em que a indicação é “venha assim que estiverem prontos”). Até Novembro de 2009, a USF estava organizada para que os utentes que necessitassem de uma consulta no próprio dia, mesmo que viessem fora do horário estipulado, fossem vistos pelo seu médico de família sempre que possível. Assim, são aqui incluídas sob a designação consulta do dia todas as consultas não programadas feitas aos utentes da lista do meu orientador.

Adultos

Particpei em 545 consultas não programadas a adultos. A maioria dos utentes observados era do sexo feminino (57,7%) e a idade média foi de 51,9 anos.

Motivos de consulta (12 semanas)

O principal motivo de consulta foi a prescrição de medicamentos (A50) – Quadro LXXVII. Em média, foram apresentados 3,9 motivos por consulta sendo necessários 90 códigos diferentes da ICPC-2 para os classificar. No seu conjunto, os quatro motivos de consulta mais frequentes representam apenas 16,9% do total, ilustrando a diversidade de razões que motivaram a vinda à consulta do dia. Quando agrupados por capítulo da ICPC-2, a maioria dos motivos de consulta enquadrava-se no sistema músculo-esquelético (L), seguido do capítulo geral e inespecífico (A) e do aparelho respiratório (R). Assim, a maioria dos adultos procurou a consulta do dia por sinais e sintomas do sistema músculo-esquelético que, nos seus códigos individuais da ICPC-2 (representando regiões anatómicas) não são muito expressivos, mas, em conjunto, são a principal razão de vinda à consulta do dia.

Problemas

Em cada consulta foram abordados, em média, 1,9 problemas. O problema mais frequente foi a hipertensão arterial sem complicações (K86). Seguiram-se medicina preventiva (A98) – quase sempre um problema abordado oportunisticamente por minha iniciativa para realização de rastreio oncológico, actualização da vacina do tétano ou outra actividade preventiva; as perturbações depressivas (P76) – a maioria utentes sem diagnóstico até então e que procuravam ajuda por causa dos sintomas depressivos; a dislipidémia (T93) – nos utentes que vinham mostrar resultados de exames complementares ou pediam medicação; e a diabetes (T90) – pelas mesmas razões. No entanto, estes cinco problemas mais frequentes foram apenas 20,9% do total, distribuindo-se os restantes 79,1% por 243

Quadro LXXVII. Principais motivos de consulta, problemas e procedimentos na consulta do dia a adultos.

Motivos	n
A50: Medicação/prescrição/renovação/injecção	15
A60: Resultados de análises/procedimentos	14
N01: Cefaleia	14
H01: Dor de ouvidos	10
Outros	260
Problemas	n
K86: Hipertensão sem complicações	79
A98: Medicina preventiva / manutenção da saúde	52
P76: Perturbação depressiva	37
T93: Alteração do metabolismo dos lípidos	29
T90: Diabetes não insulino-dependente	26
Outros	845
Procedimentos	n
K31: Exame médico ou avaliação de saúde parcial	30
L50: Medicação/prescrição/renovação/injecção	30
L31: Exame médico ou avaliação de saúde parcial	23
Outros	278

códigos diferentes da ICPC-2. Mais uma vez, estes números mostram que na consulta do dia está presente um conjunto muito diversificado de problemas.

Quando agrupados em capítulos, os problemas mais frequentes dão origem ao padrão LKPR, ilustrando a importância dos problemas do sistema músculo-esquelético e do aparelho respiratório quando considerados em conjunto.

Procedimentos (8 semanas)

Foram registados em média 6,6 procedimentos por consulta, sendo os mais frequentes o exame parcial do aparelho circulatório (K31), a prescrição de medicamentos relacionados com o sistema músculo-esquelético (L50) e o exame parcial do sistema músculo-esquelético (L31). Agrupados por capítulos da ICPC-2, a maioria dos procedimentos enquadrava-se no sistema músculo-esquelético, seguido do aparelho circulatório e do capítulo geral e inespecífico.

Gestos

Na consulta do dia registei a realização de cinco exames ginecológicos e uma pequena cirurgia.

Referenciações

Referenciei 32 utentes para outras especialidades (4,8% do total). Durante os estágios de MGF-2 e MGF-3, seis utentes foram referenciados para ortopedia (três por lesões do joelho, um por traumatismo, um por luxação e outro por bursite), seis para cirurgia (quatro por pesquisa de sangue oculto nas fezes positiva, um por rectorragias e outro por quisto dermóide), duas para dermatologia (uma por pretender remover um nevo outra por pretender remover um fibroma) e 14 para outras especialidades por motivos diversos.

Crianças e jovens

Participei em 111 consultas não programadas a crianças e jovens (até aos 18 anos). A maioria dos utentes observados era do sexo masculino (56,8%) e a idade média foi de 8,3 anos.

Quadro LXXVIII. Principais motivos de consulta, problemas e procedimentos na consulta do dia a crianças e jovens.

Motivos	n
A62: Procedimento administrativo	5
R05: Tosse	3
Outros	18
Problemas	n
R74: Infecção aguda do aparelho respiratório superior	10
D73: Gastroenterite, presumível infecção	8
R05: Tosse	8
A03: Febre	6
A97: Sem doença	6
Outros	94
Procedimentos	n
A31: Exame médico ou avaliação de saúde parcial	5
R50: Medicação/prescrição/renovação/injecção	4
A62: Procedimento administrativo	3
R31: Exame médico ou avaliação de saúde parcial	3
Outros	30

Motivos de consulta (12 semanas)

O motivo de consulta mais frequente foi um procedimento administrativo (quase sempre o atestado para regresso à escola) – Quadro LXXVIII. Em média, cada utente apresentou 1,5 motivos por consulta. Quando agrupados por capítulo da ICPC-2, a maioria dos motivos de consulta enquadrava-se no aparelho respiratório, seguido do capítulo geral e inespecífico.

Problemas

Em cada consulta foram abordados, em média, 1,2 problemas. Os problemas mais frequentes foram as infecções das vias aéreas superiores (R74), as gastroenterites (D73), a tosse (R05) e a febre (A03) – indicando que em muitas consultas não foi possível chegar a um diagnóstico – e as situações onde não existia doença – a maioria nos casos em que a criança vinha para obter uma declaração para regressar à escola. Assim, a maior parte das crianças recorreu à consulta do dia por situações de doença aguda. Os problemas restantes (71,2%) distribuíram-se por 60 outros códigos da ICPC-2.

Quando agrupados em capítulos, os problemas mais frequentes eram do aparelho respiratório (sobretudo infecções) e do capítulo geral e inespecífico.

Procedimentos (8 semanas)

Foram realizados em média 3,0 procedimentos por consulta, sendo os mais frequentes o exame parcial de vários sistemas (A31) e a prescrição de medicamentos relacionados com o aparelho respiratório (R50).

Gestos

Fiz uma sutura a uma criança nas consultas do dia.

Referenciações

Foram referenciadas cinco crianças em consultas do dia (4,5% do total). Durante os estágios de MGF-2 e MGF-3 apenas referenciei um jovem para a medicina desportiva para obter o atestado médico para a prática de desporto federado.

Grávidas

Foram vistas na consulta do dia 17 grávidas, com idade média de 35,2 anos. Os motivos de consulta foram registados em apenas três ocasiões, sendo o mais frequente a necessidade de um procedimento administrativo relacionado com a gravidez. Cada grávida apresentou em média 1,7 problemas por consulta, sendo o mais frequentemente a gravidez (W78), seguido de gravidez não desejada (W79). O procedimento mais frequente foi administrativo e relacionado com a gravidez. Três das grávidas com gravidez não desejada foram encaminhadas para interrupção voluntária da gravidez.

CONSULTA DE INTER-SUBSTITUIÇÃO

A consulta de inter-substituição da USF funciona de segunda a sexta-feira, entre as 8 e as 20 horas. Acontece sempre que o médico de família do utente não consegue dar resposta ao pedido do utente para consulta no mesmo dia. Por terem características muito semelhantes, considero em conjunto com as consultas de inter-substituição quatro períodos de atendimento complementar realizados no início do estágio de MGF-1.

Participei em 278 consultas de inter-substituição durante o estágio. A maioria dos utentes observados era do sexo feminino (60,4%) e a idade média foi de 34,6 anos.

Quadro LXXIX. Principais motivos de consulta, problemas e procedimentos na consulta de inter-substituição.

Motivos	n
R21: Sinal / sintoma da garganta	4
A03: Febre	4
D11: Diarreia	3
Outros	44
Problemas	n
R74: Infecção aguda do aparelho respiratório superior	19
R76: Amigdalite aguda	18
D73: Gastroenterite, presumível infecção	11
L81: Traumatismo do aparelho músculo-esquelético NE	10
A03: Febre	10
Outros	308
Procedimentos	n
L31: Exame médico ou avaliação de saúde parcial	7
L50: Medicação/prescrição/renovação/injecção	7
R31: Exame médico ou avaliação de saúde parcial	7
Outros	71

Motivos de consulta (12 semanas)

Os principais motivos de consulta foram os sintomas da garganta (R21) e a febre (A03) – Quadro LXXIX. Em média, foram apresentados 1,5 motivos por consulta sendo necessários 41 códigos diferentes da ICPC-2 para os classificar. Quando agrupados por capítulo da ICPC-2, a maioria dos motivos de consulta enquadrava-se nos capítulos aparelho respiratório (R) e sistema músculo-esquelético (L).

Problemas

Em cada consulta foram abordados, em média, 1,4 problemas. Os problemas mais frequentes foram as infecções respiratórias – infecções das vias aéreas superiores (R74) e amigdalites (R76), as gastroenterites (D73), os traumatismos do aparelho músculo-esquelético (L81) e a febre sem diagnóstico

específico (A03). Estes cinco problemas foram apenas 18,1% do total, distribuindo-se os restantes 81,9% por 146 códigos diferentes da ICPC-2, o que ilustra a variedade de situações observadas na consulta de inter-substituição. Quando agrupados, os problemas mais frequentes pertenciam aos capítulos aparelho respiratório (R), sistema músculo-esquelético (L), geral e inespecífico (A) e pele (S).

Procedimentos (8 semanas)

Foram realizados em média 2,6 procedimentos por consulta, sendo os mais frequentes a prescrição de medicamentos para doenças do sistema músculo-esquelético, o exame médico parcial do sistema músculo-esquelético (L31) e o aparelho respiratório (R31). Agrupados por capítulos da ICPC-2, a maioria dos procedimentos enquadrava-se nos capítulos sistema músculo-esquelético (L), aparelho respiratório (R) e pele (S).

Gestos

Na consulta de inter-substituição registei a realização de dois exames ginecológicos, duas pequenas cirurgias (sutura de feridas), duas drenagens de abscessos e um electrocardiograma.

Referenciações

Referenciei oito utentes para outras especialidades (2,9% do total). Quatro utentes foram referenciados para o serviço de urgência (um por infecção da pele refractária à terapêutica, outra por dor pré-cordial, outro por doença arterial periférica com ausência de pulsos e o último por hipoacusia de instalação súbita com otorragia), um para medicina física e reabilitação (para cinesiterapia respiratória), outro para a dermatologia (por lesões de eczema atópico) e o último para a pedopsiquiatria por ideias delirantes.

CONTACTOS INDIRECTOS

Os contactos indirectos correspondem a pedidos deixados pelos utentes no secretariado clínico. Não são aceites (com raras excepções acordadas previamente com o utente) pedidos de transcrição de exames complementares de diagnóstico ou que sejam deixados resultados de exames complementares de diagnóstico.

Realizei 203 contactos indirectos durante o internato (apenas nos estágios de MGF-2 e MGF-3, quando já possuía autonomia). A maioria dos utentes era do sexo feminino (60,6%) e a idade média foi de 59,1 anos.

Motivos de consulta

Os motivos de consulta foram registados em todos os contactos indirectos. Os principais foram a prescrição de medicamentos, sobretudo de múltiplos sistemas (A50) – Quadro LXXX. Em média, foram apresentados 1,2 motivos por contacto. Quando agrupados por capítulo da ICPC-2, a maioria dos motivos de consulta enquadrava-se nos capítulos geral e inespecífico (A) e sistema músculo-esquelético (L).

Se se considerarem apenas as rubricas da ICPC-2, ignorando os capítulos, a maioria dos pedidos foram para renovação de receituário (-50), seguiram-se os procedimentos administrativos (-62) e os pedidos de vacinação (-44) – estes correspondem a pedidos de vacina da gripe.

Problemas

Em cada contacto foram abordados, em média, 1,3 problemas, sendo os mais frequentes a diabetes tipo 2 (T90), a hipertensão arterial sem complicações (K86), a medicina preventiva (A98) – quase exclusivamente à custa dos pedidos de vacina da gripe – e a depressão (P76). Os restantes 68,6% dos problemas distribuíram-se por 86 códigos diferentes da ICPC-2. Quando agrupados por capítulos

Quadro LXXX. Principais motivos de consulta, problemas e procedimentos para contactos indirectos.

Motivos	n
A50: Medicação/prescrição/renovação/injecção	26
K50: Medicação/prescrição/renovação/injecção	26
L62: Procedimento administrativo	24
T50: Medicação/prescrição/renovação/injecção	20
Outros	145
Problemas	n
T90: Diabetes não insulino-dependente	25
K86: Hipertensão sem complicações	24
A98: Medicina preventiva / manutenção da saúde	18
P76: Perturbação depressiva	16
Outros	181
Procedimentos	n
K50: Medicação/prescrição/renovação/injecção	8
P50: Medicação/prescrição/renovação/injecção	7
A50: Medicação/prescrição/renovação/injecção	5
Outros	44

da ICPC-2, a maioria das patologias enquadrava-se no aparelho circulatório e no sistema músculo-esquelético.

Procedimentos (8 semanas)

Foram realizados em média 1,3 procedimentos por consulta, sendo o mais frequente a prescrição de medicamentos para doenças do aparelho cardiovascular. Agrupados por capítulos da ICPC-2, a maioria dos procedimentos enquadrava-se nos capítulos do sistema endócrino (T), aparelho circulatório (K) e psicológico (P).

Se se considerarem apenas as rubricas da ICPC-2, ignorando os capítulos, 62,5% dos procedimentos são para renovação de receituário (-50) e 18,8% para procedimentos administrativos (-62).

Referenciações

Foram feitas três referenciações para medicina física e reabilitação, duas para oftalmologia e uma para estomatologia. Em todos os casos a referenciação já tinha sido decidida noutra consulta e procedeu-se apenas à correcção de algum aspecto burocrático em falta. Não contabilizei como referenciações a renovação de credenciais para medicina física e reabilitação.

GRUPOS COM NECESSIDADES ESPECIAIS

Um dos objectivos nos estágios de MGF-2 e MGF-3 foi o seguimento e vigilância de grupos com necessidades especiais. Em parte, já descrevi essa actividade para alguns desses grupos: o seguimento das mulheres em idade fértil na consulta de planeamento familiar; das mulheres pós-menopausadas na consulta de rastreio oncológico; das grávidas na saúde materna; e das crianças na saúde infantil. Há, contudo, outros grupos com necessidades especiais. No estágio de MGF-2 foquei a minha atenção nos utentes com hipertensão arterial, diabetes ou em idade de fazer o rastreio oncológico. No estágio de MGF-3 acrescentei a essa lista os utentes com doenças da tiróide, dislipidemia ou depressão.

Hipertensão arterial

Os utentes com hipertensão arterial eram normalmente vigiados na consulta de saúde de adultos, que descrevi acima. Durante os estágios de MGF-2 e MGF-3 os problemas hipertensão arterial sem (K86) e com complicações (K87) foram abordados em 426 consultas (excepto contactos indirectos e

consultas de inter-substituição). Nessas consultas, a maioria dos utentes era do sexo feminino (66,7%) e a idade média foi de 67,9 anos, variando entre 26 e 86 anos. Foram vistos no total 191 utentes (119 mulheres), 65 dos quais por uma única vez e nos restantes participei em duas ou mais consultas. Todos os doentes tinham o diagnóstico de hipertensão arterial essencial.

Os valores de tensão arterial foram registados em 385 consultas e são apresentados no Quadro LXXXI. Estavam controlados 28,6% dos hipertensos. Os resultados observados são idênticos aos revelados pelo estudo de Espiga de Macedo M et al, onde somente 28,9% dos hipertensos medicados estavam controlados.³¹ Se, por um lado, estes resultados ficam muito aquém do desejável, por outro, aumentaram o grau de dificuldade de muitas destas consultas. Tive, deste modo, oportunidade de treinar técnicas da entrevista motivacional aplicadas à modificação de comportamentos em saúde e adopção de estilos de vida saudáveis e a decisão na terapêutica farmacológica da hipertensão arterial.

Quadro LXXXI. Controlo dos valores tensionais nas consultas de HTA.

Controlo	n	%
Controlados (TAS<140 e TAD<90)	110	28,6
Intermédios (TAS≥140 ou TAD≥90 e TAS<160 e TAD<100)	135	35,1
Não controlados (TAS≥160 ou TAD≥100)	140	36,4

TAS: Tensão arterial sistólica. TAD : Tensão arterial diastólica.

O índice de massa corporal foi registado em 375 consultas. O valor médio observado foi de 28,3kg/m². Oitenta e seis utentes tinham um índice de massa corporal normal, 159 excesso de peso, 127 eram obesos (quatro dos quais com obesidade mórbida) e três tinham baixo peso.

Registei o valor da última microalbuminúria 297 consultas. Em 43 este valor tinha sido positivo (>30mg/dL), em 138 negativo e em 116 não havia registo anterior.

Os anti-hipertensores mais prescritos foram os diuréticos, depois os inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECAs) – Quadro LXXXII. Entre os estágios de MGF-2 e MGF-3 houve uma alteração do padrão de prescrição, tendo aumentado a proporção de utentes medicados com diuréticos e diminuído a proporção medicada com IECAs e associações fixas. Para este resultado contribuiu certamente a leitura do estudo ALLHAT.³² Cerca de metade (55,2%) dos utentes encontrava-se medicada com um só fármaco, um terço (30,1%) com dois e os restantes com entre três e seis anti-hipertensores.

Nas consultas efectuadas registei a existência de 139 complicações: em 34 consultas os utentes tinham tido um acidente vascular cerebral ou acidente isquémico transitório, em 21 nefropatia, em 20 doença coronária, em 17 doença arterial periférica, em 16 hipertrofia do ventrículo esquerdo, em 13 insuficiência cardíaca, em 12 enfarte do miocárdio e em seis retinopatia.

Os problemas mais frequentemente registados em conjunto com a hipertensão arterial (isto é, as possíveis comorbilidades) foram diabetes tipo 2 (T90), obesidade (T82), alteração do metabolismo dos lípidos (T93), perturbação depressiva (P76) e abuso do tabaco (P17).

Quadro LXXXII. Fármacos usados pelos utentes com HTA.

Fármaco	n	%
Diurético	142	21,9
IECA	121	18,6
IECA + diurético (associação)	99	15,3
Beta-bloqueante	96	14,8
Bloqueador de canal de cálcio	97	14,9
ARA + diurético (associação)	51	7,9
ARA	37	5,7
Anti-adrenérgico de acção central	6	0,9

Diabetes mellitus

Os utentes com diabetes eram normalmente vigiados na consulta de saúde de adultos, que descrevi acima. Durante os estágios de MGF-2 e MGF-3 os problemas diabetes tipo 1 (T89) ou tipo 2 (T90) foram abordados em 150 consultas (excepto contactos indirectos e consultas de inter-substituição). Nessas consultas, metade dos utentes era do sexo feminino (50,0%) e a idade média foi de 67,0 anos, variando entre 34 e 85 anos. Foram vistos no total 64 utentes (28 mulheres), 20 dos quais por uma única vez e nos restantes participei em duas ou mais consultas. Cento e quarenta e quatro consultas foram feitas a diabéticos tipo 2 e seis a uma diabética de outro tipo (pancreatectomizada). Durante o estágio de MGF-3 foram diagnosticados de novo (por mim ou pelo meu orientador) seis diabéticos, todos tipo 2.

Em 128 consultas foi registado o valor da hemoglobina A_{1c} anterior – Quadro LXXXIII. O valor médio foi de 7,4%, variando entre 4,5% e 16,9%. De notar que o valor médio e o número de consultas em que o valor de hemoglobina A_{1c} foi superior a 9% estão sobrestimados, pois seis consultas são de uma única diabética muito mal controlada a quem se tentou aplicar um regime de vigilância mais apertado.

Quadro LXXXIII. Valores de hemoglobina A_{1c} nos utentes diabéticos.

HbA _{1c} (%)	n	%
< 7,5	83	64,8
≥ 7,5 e < 9	28	21,9
≥ 9	17	13,3

O índice de massa corporal foi registado em 135 consultas. O valor médio observado foi de 29,2kg/m². Dezoito utentes tinham um índice de massa corporal normal, 60 excesso de peso, 57 eram obesos (dois dos quais com obesidade mórbida) e nenhum tinha baixo peso.

Registei o valor da última microalbuminúria em todas as consultas. Em 43 este valor tinha sido positivo (>30mg/dL), em 57 negativo e em 47 não havia registo anterior.

O fármaco mais prescrito foi a metformina, seguiram-se a associação de metformina com sulfonilureia e as associações fixas de insulina de acções intermédia e rápida – Quadro LXXXIV. A maioria (74,0%) dos utentes encontrava-se medicada com um só fármaco, 21,1% com dois e 4,9% com três.

Quadro LXXXIV. Fármacos usados pelos utentes com diabetes.

Fármaco	n	%
Biguanida	58	36,0
Sulfonilureia + biguanida (associação)	43	26,7
Insulina de acção intermédia + rápida (associação)	17	10,6
Inibidor da alfa-glicosidade	13	8,1
Insulina de acção rápida	10	6,2
Insulina de acção longa	9	5,6
Sulfonilureia	7	4,3
Inibidores DPP-4	2	1,2
Tiazolidinediona + biguanida (associação)	1	0,6

Registei a existência de complicações em 53 consultas: 14 com nefropatia diabética, 12 com AVC, dez com doença coronária, sete com enfarte do miocárdio, seis com retinopatia e quatro com neuropatia diabética.

Os problemas mais frequentemente registados em conjunto com a diabetes foram hipertensão sem complicações (K86), hipertensão com complicações (K87), obesidade (T82) e alteração do metabolismo dos lípidos (T93).

Doenças da tiróide

Os utentes com doenças da tiróide eram normalmente vigiados na consulta de saúde de adultos, que descrevi acima. Durante o estágio de MGF-3 as doenças da tiróide foram abordadas em 49 consultas (excepto contactos indirectos e consultas de inter-substituição). Nessas consultas, apenas um utente era do sexo masculino e a idade média foi de 59,9 anos, variando entre 36 e 82 anos. Foram vistos no total 29 utentes (28 mulheres), 13 dos quais por uma única vez e nos restantes participei em duas ou mais consultas.

O Quadro LXXXV resume o estado da função tiroideia e o tipo de tratamento instituído em cada tipo de patologia. Os problemas mais frequentemente registados em conjunto com as doenças da tiróide foram hipertensão sem complicações (K86) e diabetes tipo 2 (T90).

Quadro LXXXV. Estado da função e tipo de tratamento nos utentes com doença da tiróide.

Patologia	Estado			Tratamento			
	Hipotiroides	Eutiroides	Hipertiroides	Vigilância	Levotiroxina	Anti-tiroides	Cirurgia
T71: Neoplasia maligna da tiróide	0	4	0	1*	1*	0	2
T72: Neoplasia benigna da tiróide	0	4	0	4	0	0	0
T81: Bócio†	0	6	1	8	0	0	0
T85: Hipertiroidismo / tirotoxicose	0	2	3	2	1	2	0
T86: Hipotiroidismo / mixedema	1	27	0	0	28	0	0

* Após cirurgia. † Em um dos utentes não havia registo anterior da função tiroideia.

Depressão

Os utentes com depressão eram normalmente vigiados na consulta de saúde de adultos, que descrevi acima. Durante o estágio de MGF-3 o problema depressão foi abordado em 81 consultas (excepto contactos indirectos e consultas de inter-substituição). Nessas consultas, a maioria dos utentes era do sexo feminino (86,4%) e a idade média foi de 58,3 anos, variando entre 27 e 83 anos. Foram vistos no total 49 utentes (41 mulheres), 29 dos quais por uma única vez e nos restantes participei em duas ou mais consultas.

O tratamento da depressão assentava na psicoterapia de suporte em todos os doentes. Esta foi complementada com fármacos em 76 consultas, sendo os mais prescritos os inibidores selectivos da recaptção da serotonina, seguidos das benzodiazepinas (Quadro LXXXVI). A maioria (72,4%) dos utentes encontrava-se medicada com um só fármaco, 19,7% com dois e 7,9% com três. De notar que provavelmente houve um sub-registo dos fármacos prescritos juntamente com os anti-depressivos,

Quadro LXXXVI. Fármacos usados pelos utentes com depressão.

Fármaco	n	%
Inibidores selectivos da recaptção da serotonina	66	64,1
Benzodiazepinas	20	19,4
Inibidores não selectivos das monoaminas	6	5,8
Outros antidepressivos	5	4,9
Fármacos relacionados com as benzodiazepinas	5	4,9
Outros hipnóticos e sedativos	1	1,0

nomeadamente as benzodiazepinas. Em 15 consultas foi iniciada terapêutica farmacológica, em 56 manteve-se a terapêutica em curso e em cinco procedeu-se ao desmame dos anti-depressivos.

Os problemas mais frequentemente registados em conjunto com a depressão foram hipertensão sem complicações (K86), abuso do tabaco (P17) e diabetes tipo 2 (T90). As perturbações da ansiedade (P74) aparecem apenas em sexto lugar e provavelmente foram sub-registadas.

Dislipidémia

Os utentes com dislipidémia eram normalmente vigiados na consulta de saúde de adultos, que descrevi acima. Durante o estágio de MGF-3 o problema alteração do metabolismo dos lípidos (T93) foi abordado em 53 consultas (excepto contactos indirectos e consultas de inter-substituição). Nessas consultas, a distribuição entre sexos era idêntica (49,1% mulheres) e a idade média foi de 61,2 anos, variando entre 20 e 86 anos. Foram vistos no total 50 utentes (25 mulheres), 47 dos quais por uma única vez e nos restantes participei em duas ou mais consultas.

Os valores de colesterol e triglicéridos foram registados em 45 consultas e são apresentados no Quadro LXXXVII. A maioria dos utentes apresentava valores de colesterol elevados.

Em 24 consultas os utentes estavam a ser tratados com fármacos, em 20 com estatinas e em quatro com fibratos. Nos restantes, o tratamento passava apenas pelas modificações do estilo de vida, habitualmente porque o risco cardiovascular global não justificava uma intervenção farmacológica.

Os problemas mais frequentemente registados em conjunto com a dislipidémia foram a diabetes tipo 2 (T90) e a hipertensão arterial sem complicações (K86).

É de salientar que o problema foi provavelmente sub-registado e os registos terão sido mais frequentes quando existia uma alteração (como valores de lípidos mais elevados), criando um viés de selecção.

Quadro LXXXVII. Controlo dos valores de lípidos nas consultas de dislipidémia.

Controlo	n	%
Desejável	5	11,1
Moderadamente elevado	6	13,3
Elevado	34	75,6
Total	45	

Desejável: colesterol total <200mg/dL E colesterol LDL <130mg/dL E triglicéridos <150mg/dL. Moderadamente elevado: colesterol total 200-239mg/dL OU colesterol LDL 130-160mg/dL E triglicéridos <150mg/dL. Elevado: colesterol total ≥200mg/dL OU colesterol LDL ≥160mg/dL OU triglicéridos ≥150mg/dL.

Rastreio oncológico

Durante os estágios de MGF-2 e MGF-3 registei os resultados dos testes de rastreio dos cancros da mama (mamografia), do colo do útero (colpocitologia) e do cólon e recto (pesquisa de sangue oculto nas fezes ou colonoscopia) – Quadro LXXXVIII. Porém, fiquei com a sensação que nem sempre tomei nota dos resultados do rastreio oncológico, sobretudo se eles eram negativos.

Os utentes com resultados anormais foram referenciados. As nove pessoas com pesquisa de sangue oculto nas fezes positiva foram referenciadas à cirurgia geral e realizaram colonoscopia: em duas pessoas foi encontrada uma neoplasia maligna do cólon (e foram subsequentemente operadas), em duas o resultado foi normal, noutras duas encontrou-se doença diverticular do cólon (que impediu a colonoscopia total, mas a colonoscopia virtual subsequente foi normal), noutra foi realizada polipectomia (resultado histológico ainda não conhecido) e três outras pessoas ainda não trouxeram informação clínica sobre o resultado da colonoscopia. A mulher com mamografia R4 foi referenciada a senologia e estava a aguardar cirurgia na última consulta, tendo sido informada que teria uma doença benigna (não houve informação clínica de retorno). A mulher com LSIL foi referenciada a ginecologia, onde fez conização e aguardava histerectomia na última consulta.

Quadro LXXXVIII. Resultados dos testes de rastreio oncológico.

Rastreio	Exame	Resultados	
Mama	Mamografia*	R1	8
		R2	19
		R4	1
Colo do útero	Colpocitologia†	Normal	38
		LSIL	1
		Insuficiente	2
Cólon e recto	PSOF	Negativo	25
		Positivo	9
	Colonoscopia	Normal	3

* Classificação BI-RADS.³³ † Classificação de Bethesda.³⁴

AValiação da Qualidade dos Registos

Durante o internato avalei a qualidade dos registos efectuados. No estágio de MGF-1 avalei apenas a consulta de saúde de adultos e nos estágios de MGF-2 e MGF-3 as consultas de saúde de adultos, planeamento familiar, saúde materna, saúde infantil e juvenil e consultas de saúde de adultos onde um dos problemas registados foi hipertensão arterial ou diabetes mellitus. Em cada um dos casos foi seleccionada uma amostra aleatória de 20 consultas, cujos registos foram analisados.

Para isso, utilizei um conjunto de parâmetros definidos de acordo com a sua pertinência e tendo em conta as limitações do sistema informático. Estas limitações fizeram com que no estágio de MGF-1 não fosse muitas vezes possível verificar o cumprimento dos parâmetros peso, tensão arterial e notas (onde eu e o orientador registávamos a profissão, escolaridade e prática de exercício físico). Nos estágios de MGF-2 e MGF-3, graças à evolução entretanto registada no programa SAM, existiram muito menos limitações à escolha dos parâmetros a avaliar. Uma das limitações ainda existentes era a impossibilidade de avaliar em alguns parâmetros (como a altura, a escolaridade, a história obstétrica, etc.) o momento em que o registo foi feito (antes ou após a consulta analisada).

Os parâmetros avaliados em cada tipo de consulta e os resultados detalhados da avaliação da qualidade dos registos são apresentados no [Apêndice 5](#) . A Figura 38 compara os resultados obtidos em cada estágio.

Saúde de adultos

Na consulta de saúde de adultos verificou-se uma ligeira diminuição da qualidade dos registos entre os estágios de MGF-1 e MGF-2. Tal ficou-se a dever sobretudo à não actualização dos parâmetros profissão, escolaridade e genograma (nenhum dos quais tinha na altura campo de registo próprio no SAM). No estágio de MGF-3 registou-se uma melhoria significativa. Esta deveu-se principalmente aos registos da profissão e da escolaridade, em parte por maior atenção para com estes parâmetros após a avaliação feita no estágio de MGF-2, mas sobretudo porque foram entretanto criados no SAM campos específicos para o registo desta informação. Outro dos parâmetros que registou uma evolução positiva foi o genograma, apesar de ainda se manter em valores baixos. Esta melhoria foi conseguida pela introdução de uma medida correctora: foi criado um dossier de genogramas e um ficheiro informático contendo a data da actualização do genograma para cada processo familiar. Este instrumento revelou-se mais fácil de utilizar do que a consulta sistemática do processo em papel. Contudo, esta não é ainda a solução ideal, pois a taxa de registo atingida manteve-se muito aquém do desejável.

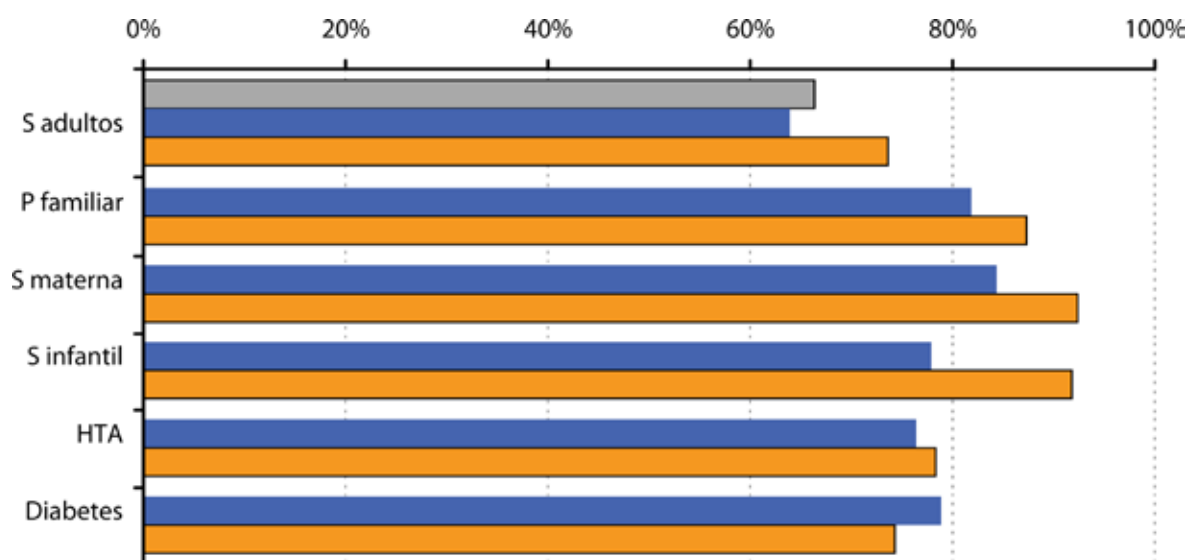


Figura 38. Comparação dos resultados da avaliação da qualidade de registos nos estágios de MGF-1 (cinzento), MGF-2 (azul) e MGF-3 (laranja) – valores médios por tipo de consulta.

Planeamento familiar

A maior parte dos parâmetros da consulta de planeamento familiar foi cumprida num número muito elevado de consultas. Houve uma evolução positiva no registo do ciclo menstrual, consumo de medicamentos de abuso e de drogas, entre os estágios de MGF-2 e MGF-3. O número de consultas em que foi feito o registo da educação para a saúde foi ligeiramente inferior ao ano anterior. É certo que a educação para a saúde não terá sido feita em todas as consultas, mas esta actividade é muitas vezes entendida, mesmo que subconscientemente, como de menor importância e por isso não é registada. Para além disso, a consulta de planeamento familiar envolve um trabalho em equipa com a enfermeira, que frequentemente tem mais tempo disponível para a educação. Já no genograma houve uma evolução positiva pelas razões discutidas acima.

Saúde materna

Na consulta de saúde materna o registo da maioria dos parâmetros foi cumprido integralmente. Os parâmetros tipo sanguíneo, método contraceptivo anterior à gravidez, data prevista do parto corrigida, altura uterina, foco fetal, e genograma melhoraram substancialmente entre os estágios de MGF-2 e MGF-3. O genograma assume na gravidez uma importância maior e deveria estar actualizado em todas as grávidas, pelo que a falha verificada se mantém como um aspecto a melhorar. Nos parâmetros consumo de drogas, risco e educação sobre estilos de vida pioraram ligeiramente, pelo que deverão ser corrigidos. De notar que o número reduzido de grávidas vigiado por mim fez com que várias consultas analisadas focassem a mesma grávida e, quando existia uma falha no registo de um parâmetro que não varia de consulta para consulta (como o consumo de drogas ou o genograma), ela se propagasse a todas as consultas dessa grávida.

Saúde infantil

Nas consultas de saúde infantil melhorou substancialmente o registo de todos os parâmetros, excepto o genograma, que se manteve em níveis idênticos. De notar que em alguns casos não está disponível informação suficiente sobre a vigilância na gravidez (porque o boletim individual de saúde foi perdido, está preenchido de forma incompleta ou não acompanhou a criança à consulta), o que impossibilita o registo destes parâmetros em todas as consultas. Nas crianças com menos de 6 anos, o registo de quem cuida da criança melhorou entre os estágios de MGF-2 e MGF-3, mas continua aquém do desejável.

Hipertensão arterial

Nas consultas feitas a utentes com hipertensão arterial houve uma evolução positiva entre os estágios de MGF-2 e MGF-3 no registo da maioria dos parâmetros. Porém, os parâmetros data de início de tratamento com anti-hipertensores, classe de fármacos utilizados no tratamento e educação para a saúde foram registados menos frequentemente. Esta descida foi mais notória no registo da educação para a saúde, que será o principal aspecto a melhorar. Já a falta de registo da microalbuminúria é mais uma falha de qualidade no seguimento que propriamente de registos. Porém, o valor encontrado (55%) é superior ao que existe na USF (40,3%) e na lista do orientador (38,3%) segundo dados do site dos indicadores das USF referentes ao período de Janeiro a Setembro de 2009.

Diabetes

As consultas feitas a utentes com diabetes foram o único tipo de consulta onde houve uma regressão entre os estágios de MGF-2 e MGF-3 na maioria dos parâmetros analisados. Apenas o registo da observação do pé e da profissão melhoraram ligeiramente. É difícil encontrar uma explicação para os maus resultados apenas neste tipo de consulta. É possível que se devam apenas ao acaso na escolha da amostra, uma vez que a diferença média é pequena: 79% dos parâmetros registados no estágio de MGF-2 e 74% no estágio de MGF-3. Contudo, será necessário melhorar este tipo de registos no futuro.

DURAÇÃO DAS CONSULTAS

Um dos problemas identificados durante a autoscopia foi a duração excessiva da consulta. Assim, propus registar a duração das minhas consultas durante uma semana no início do estágio de MGF-3. A duração média das consultas de saúde de adultos e saúde infantil foi ligeiramente superior ao tempo previsto, enquanto as de planeamento familiar e saúde materna tiveram uma duração inferior Quadro LXXXIX. As consultas do dia, apesar de não terem um limite de tempo fixado, provavelmente deveriam ter sido um pouco menos demoradas. A duração das consultas de inter-substituição parece adequada.

Quadro LXXXIX. Duração das consultas, por tipo.

Consulta	n	Média (m:s)
S adultos	16	22:48
C dia	14	16:03
S infantil	5	33:00
P familiar	2	23:30
S materna	2	25:37
Inter-substituição	5	09:24
Total	44	20:27

VIDEOGRAVAÇÕES

Ao longo do internato realizei cinco videografações, com o intuito de melhorar a minha técnica de realização da consulta. A videografação é um excelente método para o interno se aperceber de aspectos como a comunicação não verbal, a postura durante a consulta, utilização de linguagem repetitiva ou inapropriada ao contexto do utente, entre outros. Todas elas foram analisadas com o orientador, aplicando uma versão adaptada do guia de processo de *Calgary-Cambridge* para avaliação de habilidades comunicacionais.³⁵ Uma das videografações foi também usada na autoscopia.

A primeira consulta foi gravada no estágio de MGF-1. Tratou-se de uma consulta de saúde de adultos, de um homem de 79 anos. Os principais aspectos a melhorar identificados foram a estruturação da consulta e a avaliação do quadro de representações do utente. O processo de abertura da consulta e construção da relação foram aspectos positivos.

No estágio de MGF-2 videografei duas consultas. A primeira foi uma consulta de saúde de adultos de uma mulher de 71 anos. A videografação foi interrompida perto do seu final por ter sido necessária

a presença do orientador na consulta para esclarecimento de uma dúvida clínica, o que não permitiu analisar a fase de encerramento. Os principais aspectos a melhorar foram a definição da agenda da consulta e a sua estruturação. A segunda gravação foi feita com uma mulher de 58 anos que vinha a uma consulta de saúde de adultos. Como aspectos positivos assinalo a apresentação inicial, o estabelecimento da agenda para a consulta, as perguntas abertas iniciais, o esclarecimento das dúvidas da utente, o estabelecimento de acordos terapêuticos e a ausência de grandes silêncios disfuncionais. Como aspectos negativos a sequência da consulta algo desestruturada, a gestão pobre do tempo e a falta de alguns resumos em alturas-chave da consulta. Na autoscopia foi-me também proposta uma interpretação nova, que achei interessante: fiz uma consulta de sedução, no sentido em que procurava sempre agradar à utente para que ela gostasse de mim como médico.

Durante o estágio de MGF-3 foram gravadas duas consultas. A primeira foi uma consulta de saúde de adultos com uma mulher de 37 anos. Em relação às consultas videogravadas no estágio de MGF-2 melhorei a definição e explicitação da agenda da consulta. Porém, continuaram a existir algumas falhas na estruturação, que impediram a optimização do tempo da consulta. A segunda foi uma consulta de saúde infantil, escolhida com o propósito de treinar a gestão do tempo neste tipo de consultas. A consulta teve duração adequada e consegui aproveitar as fases de despir e vestir o bebé para colher a história clínica e fazer cuidados antecipatórios, maximizando o tempo disponível. Ao analisar a consulta fiquei surpreendido com a forma ríspida como em alguns momentos me dirigi à mãe do bebé. Não me tinha apercebido dessa atitude durante a consulta, que provavelmente aconteceu de forma inconsciente em virtude dos sentimentos que a mãe me despertava (tinha sido uma gravidez indesejada e com várias faltas da mãe às nossas consultas, com necessidade de intervenção da comissão de protecção de crianças e jovens).

CONCLUSÃO

Ao longo dos estágios de MGF tracei um conjunto de objectivos que foram largamente cumpridos. Houve uma evolução de conhecimentos, técnicas e capacidade para executar gestos práticos. Houve também uma evolução qualitativa, especialmente na autonomia e gestão do tempo de consulta e da lista de utentes. No final do internato passei a ser capaz de lidar com a maioria dos problemas que levam os utentes a procurar o médico de família e de gerir o meu tempo de forma eficaz. Passei também a ser capaz de abordar o doente e a sua doença no contexto familiar.

A integração numa equipa de trabalho foi decisiva para o crescimento pessoal e profissional. Desde a faculdade, o período maior que tinha passado integrado numa equipa tinha sido de quatro meses. Trabalhar com o conjunto de profissionais da USF São Julião e do Centro de Saúde de Oeiras durante três anos permitiu estabelecer dinâmicas de trabalho e laços de camaradagem e amizade que contribuíram em muito para o ambiente de aprendizagem e prestação de cuidados aos utentes.

Avaliação dos estágios de MGF		
Estágio	Desempenho	Conhecimentos
MGF-1	49	48
MGF-2	48,5	48
MGF-3	50	50

[Anexo 12 , Apêndice 6 

PROMOÇÃO INSTITUCIONAL

PARTICIPAÇÃO EM GRUPOS DE TRABALHO

REUNIÕES COM OS PROFISSIONAIS DO CENTRO DE SAÚDE

Durante o estágio de MGF-1 e para conhecer melhor o funcionamento do centro de saúde participei, com as colegas do primeiro ano, em reuniões com a enfermeira-chefe, o delegado de saúde e uma das assistentes sociais. Nestas reuniões ficámos a conhecer o trabalho de cada um destes grupos de profissionais e como era feita a articulação com os médicos de família.

VISITA AO BAIRRO DOS NAVEGADORES

O bairro dos Navegadores é um dos bairros sociais do concelho de Oeiras. Situa-se em Talaíde, na freguesia de Porto Salvo, numa zona de encosta (escondida de quem passa) com poucos acessos. Neste bairro vivem principalmente pessoas realojadas de um antigo bairro de barracas na Pedreira dos Húngaros (Carnaxide). A maioria tem muito fracos recursos socio-económicos e baixa escolaridade. O bairro é sede de uma multiculturalidade importante, com população de origem portuguesa, africana e da cultura cigana. Apesar de ficar a apenas sete quilómetros do centro de saúde de Oeiras, o acesso é difícil. Muitos dos habitantes, especialmente os mais vulneráveis, não têm automóvel próprio e alguns nem sequer dinheiro para o bilhete de autocarro.

Desde 2003 existe uma equipa designada de Núcleo de Intervenção Comunitária, formada por enfermeiras do centro de saúde, que presta apoio neste bairro. Esta equipa desloca-se semanalmente ao bairro numa carrinha do Ministério da Saúde e presta cuidados nas áreas da saúde materno-infantil, planeamento familiar, vacinação, diabetes, hipertensão e cuidados domiciliários. Fazem-no sempre integrando e adaptando-se ao contexto social em que trabalham, tendo um profundo conhecimento do terreno e das pessoas que vivem no bairro, o que lhes permite mobilizar os recursos existentes para dar a melhor resposta possível às situações com que a equipa é confrontada.

Durante o estágio de MGF-1 participei numa das deslocações da equipa do núcleo ao bairro dos Navegadores, onde acompanhei duas visitas domiciliárias, assisti a actividades de saúde infantil (vacinação, pesagem, educação dos pais), controlo de diabetes e hipertensão (com medição da tensão arterial, glicémia e aconselhamento dos doentes), planeamento familiar (com o fornecimento de contraceptivos orais) e planeamento de consultas no centro de saúde.

Apesar de já ter trabalhado em condições mais difíceis, aquando do meu período em São Tomé e Príncipe, não deixa de ser chocante a desigualdade social que encontramos em Portugal, um país do primeiro mundo. Esta desigualdade é cruel principalmente para as crianças que, por terem nascido neste contexto, não terão as mesmas oportunidades que as crianças de outros bairros e de famílias de outros estratos socio-económicos. No entanto, há uma característica positiva que se destaca no bairro dos navegadores: a entreaajuda entre as famílias e entre os moradores em geral, que permite maior cuidado às crianças e aos idosos, apesar das adversidades.

SAÚDE ESCOLAR

Fui por duas vezes a uma escola do concelho de Oeiras, tendo oportunidade de participar na avaliação de três crianças com dificuldades de aprendizagem e de observar um rastreio de saúde oral e de visão (página 114).

REUNIÕES DE ARTICULAÇÃO COM CHLO

Alguns serviços hospitalares do CHLO promovem reuniões de articulação com o CS de Oeiras. Existiam reuniões regulares nas áreas de psiquiatria, pedopsiquiatria e senologia, onde os médicos de família podiam discutir casos de utentes que planeavam referenciar ou onde pretendiam consultadoria. Participei ao longo do internato numa reunião de senologia e em quatro reuniões de psiquiatria.

USF SÃO JULIÃO

Ao longo do internato participei nas actividades da USF, nomeadamente através da elaboração de material de divulgação e documentos de trabalho em suporte informático para utilização pelos profissionais da USF. Elaborei ainda o modelo de consentimento informado para administração da imunoglobulina anti-D (página 128).

Participei também em algumas reuniões de serviço, numa das quais apresentei a lei orgânica do Ministério da Saúde (página 127).

PARTICIPAÇÃO EM SESSÕES CLÍNICAS

REUNIÕES DO CENTRO DE SAÚDE DE OEIRAS

Existia uma reunião clínica semanal (excepto na primeira semana de cada mês), que decorria todas as quartas-feiras. Esta sessão era da responsabilidade do grupo de orientadores e internos (apresentada por um interno) na quarta quarta-feira de cada mês e organizada pelo centro de saúde nas restantes ocasiões. Durante o internato participei na maioria das reuniões que não foram patrocinadas pela indústria farmacêutica (evitando estas). A lista das reuniões em que estive presente é apresentada no [Anexo 15](#) 📎. As comunicações de que fui autor e foram apresentadas em reunião do CS de Oeiras são discutidas adiante.

PARTICIPAÇÃO EM NÚCLEOS DE FORMAÇÃO E/OU DOCUMENTAÇÃO

EQUIPA INTEGRADA DE ORIENTADORES

A reunião da equipa integrada de orientadores acontecia semanalmente à sexta-feira, excepto nas semanas em que cabia à EIO a organização da sessão clínica do centro de saúde, quando acontecia logo a seguir a esta. Na reunião participavam orientadores, internos e, por vezes, internos do ano comum ou alunos do 6º ano que estivessem naquele momento no centro de saúde. A reunião servia para discutir assuntos relacionados com o internato e também como sessão clínica apresentada pelos internos. Os temas destas sessões podiam ser sob a forma de casos aleatórios, em que dois internos traziam a última consulta feita no dia anterior; *journal club*, em que era apresentado e discutido um artigo científico; ou tema de revisão, muitas vezes um tema relacionado com o estágio hospitalar ou opcional que o interno estava a fazer. A lista de reuniões em que estive presente é apresentada no [Apêndice 7](#) 📎. As comunicações de que fui autor e foram apresentadas na reunião da EIO são discutidas adiante.

ACTIVIDADES DE INVESTIGAÇÃO

TRABALHOS DE INVESTIGAÇÃO

Durante o internato realizei cinco trabalhos de investigação original:

- Adesão à terapêutica anti-hipertensiva em doentes diabéticos
- Cumprimento de expectativas e satisfação com a consulta de medicina geral e familiar
- Associação entre controlo metabólico na diabetes tipo 2 e sintomas depressivos
- Codificação com a classificação internacional de cuidados primários por internos de medicina geral e familiar
- Actividades preventivas e indicadores - quanto tempo sobra?

e elaborei o protocolo de um ensaio clínico:

- Desmopressina versus alarme no tratamento da enurese nocturna primária

Cada um destes trabalhos é descrito em mais pormenor adiante.

REDE MÉDICOS-SENTINELA

A rede Médicos-Sentinela é um sistema de vigilância epidemiológica, constituída por médicos de família exercendo a sua profissão em centros de saúde por todo o país. Os seus principais objectivos são:³⁶

- Estimar taxas de incidência de algumas doenças ou de situações com elas relacionadas que ocorrem na população inscrita em “Médicos-Sentinela”;
- Fazer a vigilância epidemiológica de algumas doenças que ocorrem na comunidade, de forma a permitir a identificação precoce de eventuais “surtos”;
- Constituir uma base de dados que possibilite, em qualquer momento, a análise epidemiológica aprofundada de doenças com interesse para a saúde pública.

Porque o meu orientador é membro desta rede, ao longo do internato colaborei na notificação dos casos que observei na consulta, contribuindo assim na colheita de dados para investigação epidemiológica.

OUTRAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS NO ÂMBITO DA MGF

ESTÁGIOS COM OUTROS MÉDICOS DE FAMÍLIA

O internato de MGF tem algumas características particulares, que o distinguem da maioria das restantes especialidades. Uma delas é a ligação próxima que se estabelece entre interno e orientador. Não que nas outras especialidades não existam ligações do mesmo tipo, mas porque na MGF esta relação adquire algumas particularidades que decorrem, pelo menos em parte, do ambiente da consulta. Tal como em todas as especialidades, uma das formas que o interno utiliza para aprender é a imitação de modelos, reforçando comportamentos adequados à realidade que observa e abandonando os restantes. Este tipo de aprendizagem decorre muitas vezes a um nível subconsciente e não pode ser evitado, de modo que se torna importante conhecer a sua existência. Na consulta de MGF o único modelo de que o interno dispõe é o seu orientador. Este, como qualquer médico especialista, adquiriu já um conjunto de hábitos e rotinas que, ao longo do seu percurso, considerou serem boas ferramentas para melhor executar a sua função. Este conjunto de ferramentas resulta de um esforço de adaptação e construção individual, que é regularmente posto à prova da experiência e ajustado consoante as necessidades. O interno, por outro lado, está ainda a desenvolver as suas ferramentas, criando métodos de trabalho e rotinas próprios. Importa, assim, que o interno não se limite a transpor para a sua actividade as ferramentas do seu Orientador ou a escolher algumas de entre estas. Pelo contrário, o ponto de partida deve ter por base um vasto leque de ferramentas, das quais o interno irá seleccionar e adaptar algumas.

Durante o estágio de MGF-1 defini com o orientador que um período seria realizado sob orientação de outros médicos e fora da sede do centro de saúde de Oeiras. O objectivo traçado era o contacto com outras formas de trabalhar, de fazer medicina e de interagir com os utentes, já que cada médico o faz de forma única. Esse contacto permitir-me-ia alargar horizontes e aumentar o substrato que alimentará as minhas decisões pessoais acerca do que quero e do que não quero fazer como médico de família. Assim, decidimos que passaria uma semana com a Dra. Lourdes Fernandes da extensão de Paço d'Arcos, outra com a Dra. Celeste Gonçalves da extensão de Barcarena e uma outra com a Dra. Teresa Campos da USF São Julião.

DRA. LOURDES FERNANDES – EXTENSÃO DE PAÇO D'ARCOS

Entre 29 de Janeiro e 2 de Fevereiro de 2007 estive na antiga extensão de Paço d'Arcos com a Dra. Lourdes Fernandes. Durante este período participei em consultas de saúde de adultos, saúde infantil, atendimento complementar e saúde escolar. O tipo de utentes que encontrei na extensão de saúde de Paço d'Arcos foi semelhante ao da sede do centro de saúde, uma vez que as características das freguesias não diferem muito entre si. Na consulta de adultos achei interessante sobretudo a utilização de escalas para avaliação da qualidade de vida (por exemplo, nos homens com hiperplasia benigna da próstata e nas mulheres com incontinência urinária) a que a Dra. Lourdes Fernandes recorreu frequentemente. Estas escalas permitem objectivar sinais e sintomas e por vezes medir o seu impacto na vida do doente. Destaco também as consultas de saúde escolar, actividade que a Dra. Lourdes Fernandes realizava regularmente numa escola do concelho. Nestas consultas tive oportunidade de ajudar na avaliação de três crianças (duas neste período e uma posteriormente) referenciadas pelas professoras por dificuldade de aprendizagem. Foram consultas de saúde infantil dirigidas principalmente para o exame psicológico e para uma avaliação do desenvolvimento psicomotor.

DRA. CELESTE GONÇALVES – EXTENSÃO DE BARCARENA

Entre 12 e 16 de Fevereiro de 2007 estive com a Dra. Celeste Gonçalves, na extensão de Barcarena. Participei em consultas de planeamento familiar, saúde materna, saúde infantil, saúde de adultos, consultas do dia, um domicílio e atendimento complementar. Este estágio foi especialmente interessante por dois motivos. Em primeiro lugar porque a população que observei pareceu ser um pouco diferente daquela com que tinha contactado até então na sede do centro de saúde. Os utentes que vi eram na sua maioria oriundos de outras regiões do país, em especial de zonas rurais como Trás-os-Montes e a Beira-Interior ou então filhos de migrantes destas regiões. Uma parte importante destas pessoas estava ligada à agricultura, o que lhes dava uma certa dimensão de ruralidade, e ainda mantinha a pronúncia da sua zona de origem. E aqui uso o termo ruralidade sem qualquer sentido pejorativo. Em segundo lugar porque a Dra. Celeste Gonçalves já mantém este ficheiro há mais de vinte anos, notando-se a existência de uma relação muito próxima com os utentes e um conhecimento profundo dos mesmos. Foi muito interessante ver, por exemplo, uma consulta de saúde materna a uma grávida que a Dra. Celeste Gonçalves já conhecia desde os quatro anos. Merecem ainda ser mencionados os dois períodos de atendimento complementar que realizei, onde a Dra. Celeste Gonçalves me deu a oportunidade de fazer a maioria das consultas.

DRA. TERESA CAMPOS – USF SÃO JULIÃO

O período que iria passar com a Dra. Teresa Campos, da USF São Julião, inicialmente planeado para uma semana, acabou por durar apenas dois dias (11 e de 12 Junho de 2007), devido a uma ausência que não estava planeada aquando da calendarização. Participei nas consultas de saúde de adultos, saúde infantil, consulta do dia e intersubstituição da USF. Apesar do período curto, foi interessante ver uma maneira diferente de fazer a consulta.

ACTIVIDADES DE ENFERMAGEM

Durante o estágio de MGF-1 passei dois dias acompanhando as actividades da equipa de enfermagem da USF São Julião. Observei a realização de catorze pensos, a administração de vacinas a oito utentes (quatro eram irmãos de Cabo Verde que tinham acabado de chegar a Portugal com o plano nacional de vacinação incompleto ou em atraso, pelo que o esquema aplicado foi adaptado à sua situação), a administração de quatro injectáveis, uma consulta de diabetes e um rastreio metabólico (“teste do pezinho”). Isto, claro, para além das consultas de enfermagem a que fui assistindo pontualmente durante o estágio. Estes dois dias foram bastante úteis para estreitar a relação com a equipa de enfermagem e perceber a importância do trabalho em equipa.

Estive também uma manhã na sala de colheitas do laboratório do centro de saúde, onde pratiquei onze punções venosas.

REUNIÕES DA DIRECÇÃO DE INTERNATO

Existem duas reuniões anuais da Direcção de Internato, que pretendem ser um espaço de discussão entre internos, orientadores e órgãos do internato de MGF. Estive presente em quatro reuniões da Direcção de Internato: a primeira de recepção aos internos e as seguintes para discutir questões relacionadas com o funcionamento do internato [[Anexo 16](#) 

GRUPO BALINT

Os grupos Balint pretendem apoiar o médico na aquisição de competências na relação médico doente, permitindo-lhe abordar os factores e as consequências resultantes do contexto social, familiar

e emocional em que o doente se insere.³⁷ Desde 2007 frequento as reuniões mensais de um grupo Balint na sede da APMCG. Durante as reuniões apresentei alguns casos e discuti outros apresentados por colegas. O grupo Balint facilitou o amadurecimento da relação que estabeleço com os doentes e compreender melhor alguns problemas que podem surgir na relação médico-doente. [[Anexo 17](#) 

CURSOS E ACTIVIDADES DE ACTUALIZAÇÃO

CURSOS CURRICULARES DA COORDENAÇÃO DE INTERNATO

A CONSULTA

Este curso decorreu entre 26 de Fevereiro e 2 de Março de 2007. Os seus objectivos foram conhecer o enquadramento conceptual e histórico da MGF e o seu campo de intervenção, conhecer as especificidades no raciocínio dentro da especialidade, os registos clínicos utilizados, a comunicação médico-doente e a condução da entrevista clínica. Foram também abordados os conceitos de saúde e doença, o método clínico centrado no paciente e o processo de decisão clínica.

A impressão global do curso e da sua utilidade foi positiva, apesar de não ter sido dito muito de novo. [Anexo 18 

FAMÍLIA – SAÚDE E DOENÇA

O curso da família decorreu entre 12 e 15 de Março de 2007. Tinha por objectivos o aprofundamento de conhecimentos sobre a família, a interacção entre os seus membros, o ciclo de vida familiar, a abordagem e a entrevista familiar, os instrumentos de avaliação familiar e a intervenção familiar.

O curso foi essencialmente teórico e muito semelhante ao livro de texto recomendado o que, depois de ter lido o livro, tornou o curso um pouco desinteressante. O material usado para auxiliar visualmente as exposições (principalmente acetatos) também não ajudou a cativar a atenção. Praticamente não foram praticados os métodos de avaliação familiar à excepção do genograma, o que frustrou em grande medida as expectativas que trazia para este curso. O balanço final não foi muito positivo. [Anexo 18 

EPIDEMIOLOGIA E QUALIDADE

Este curso decorreu entre 16 e 20 de Abril de 2007. Apesar do seu título, o curso versava unicamente a epidemiologia, sem qualquer menção à qualidade em cuidados de saúde. O curso tinha por objectivo a transmissão de alguns conhecimentos na área da epidemiologia como os indicadores populacionais de saúde, os sistemas de informação de morbilidade e mortalidade em Portugal, as medidas mais frequentes em epidemiologia, a medição do risco, os vários tipos de estudos epidemiológicos, o conceito de causalidade, os vários tipos de prevenção e as medidas de validade dos testes diagnóstico e critérios para os programas de rastreio.

Senti que o curso não introduzia conceitos novos, apesar de ter sido útil para sistematizar e relembrar a epidemiologia. O método utilizado, com discussão seguida da prática de exercícios, presta-se à temática deste curso e pareceu-me adequado. [Anexo 18 

INTRODUÇÃO À METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

O curso de investigação foi diferente dos anteriores na medida em que se prolongou pelos três anos do internato, com sessões pontuais ao longo deste. Sumariamente, o objectivo do curso era dotar os formandos de um conjunto de conhecimentos e técnicas que permitissem elaborar e levar a cabo um projecto de investigação e, paralelamente, ler criticamente e interpretar um artigo científico.

A metodologia seguida foi pouco ortodoxa e baseou-se na aprendizagem através da resolução em grupo de problemas concretos. Esses problemas eram resolvidos tanto nas sessões do curso, como por meio de trabalhos de casa. Muitas vezes foi um pouco difícil perceber exactamente qual o objectivo concreto de cada trabalho e o que era pretendido.

No âmbito do curso participei ainda numa sessão de apresentação de trabalhos de investigação, onde alguns internos deram a conhecer os seus projectos de investigação ou trabalhos já realizados, discutindo-os com os presentes. Foi uma sessão bastante útil, com alguns trabalhos e projectos interessantes e a discussão foi muito produtiva.

Merece também ser mencionada a disponibilidade da equipa pedagógica deste curso para apoiar o projecto de investigação conjunto que desenvolvi com as Dras. Carolina Rezende e Salomé Coutinho (página 125).

Globalmente, o curso ficou aquém das minhas expectativas, apesar da disponibilidade e do empenho da equipa pedagógica. Por essa razão procurei expandir a minha formação na área de investigação (ver adiante). [Anexo 18 

CURSOS EXTRA-CURRICULARES

Durante o internato frequentei vários outros cursos de actualização – Quadro XC. Abaixo discuto apenas os cursos mais relevantes, seleccionados pela sua pertinência para a prática da MGF, duração, qualidade e impacto na minha formação. Os cursos da APDP foram discutidos acima.

Quadro XC. Cursos de actualização frequentados.

Data	Título	Duração (horas)	Entidade responsável
18/01-01/02/2007	Jornadas de patologia respiratória	5*	Serviço Pneumologia – Hospital Pulido Valente
1-15/03/2007	Jornadas de formação em diabetes tipo 2 e “diabesidade”	7,5*	GlaxoSmithKline
2-5/05/2007	Actualização em reumatologia	30	APMCG
9-23/05/2007	Jornadas de urologia	7,5*	Serviço de Urologia – Hospital Pulido Valente
19/05/2007	Formação intensiva pós-graduada em rinite alérgica	4	Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica
21-24/11/2007	Diagnóstico e controlo da asma	30	APMCG
7-10/05/2008	Introdução às metodologias de investigação	30	APMCG
12-16/05/2008	Curso avançado de diabetologia clínica	30*	APDP
15-31/05/2008	Psicoterapia breve – orientação sistémica	32	Instituto Superior de Psicologia Aplicada
2-6/06/2008	Curso do pé diabético	30	APDP
19-22/11/2008	Emergência médica – “novas <i>guidelines</i> ”	30	APMCG
6-9/05/2009	Violência na família	30	APMCG
16/09/2009	Clinical research course	5	Institute of General Medicine – University of Lausanne
10/10-21/11/2009	Medicina do viajante	50	Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa

* Duração aproximada.

ACTUALIZAÇÃO EM REUMATOLOGIA

De 2 a 5 de Maio de 2007 frequentei o curso de actualização em reumatologia da escola de Primavera promovida pela APMCG. Este curso tinha por objectivos melhorar os conhecimentos na área das doenças reumatológicas, com especial ênfase nas doenças mais frequentes e que são mais vezes tratadas

pelo médico de família. Os temas abordados foram a colheita da história clínica e o exame objectivo em reumatologia, fibromialgia, doenças reumáticas peri-articulares, raquialgias, osteoartrose, osteoporose, artropatias microcristalinas, gota, arites infatis, artrite inicial e artropatias inflamatórias. O curso estava muito bem estruturado e foi ministrado indo de encontro às necessidades do médico de família e às nossas expectativas, ao contrário do que frequentemente acontece em cursos feitos por especialistas hospitalares dirigidos a clínicos gerais. Relembrei e adquiri novos conhecimentos nesta área que serão muito úteis para a prática diária. [Anexo 19 ]

DIAGNÓSTICO E CONTROLO DA ASMA

Entre 21 e 24 de Novembro de 2007 frequentei o curso de diagnóstico e controlo da asma da escola de medicina familiar de Outono, organizada pela APMCG. Escolhi este curso com o objectivo de aperfeiçoar os meus conhecimentos sobre esta que é uma doença crónica muito prevalente, sobretudo na infância. Com o curso pretendia obter alguma consolidação teórica para o contacto prático que tinha tido durante o estágio de pediatria, agilizar a minha capacidade para diagnosticar esta doença e ganhar confiança no seu manejo e tratamento. Foram abordados a epidemiologia, o diagnóstico, a avaliação do grau de controlo, a utilização de dispositivos de avaliação funcional (debitómetros e espirometria), o tratamento, a utilização dos vários tipos de dispositivos inalatórios e a capacitação do doente. No final do curso considero que melhorei os meus conhecimentos acerca do diagnóstico e tratamento da asma e fiquei mais alerta para a necessidade de identificar os utentes com esta patologia. [Anexo 20 ]

INTRODUÇÃO ÀS METODOLOGIAS DE INVESTIGAÇÃO

De 7 a 10 de Maio de 2008 frequentei o curso de introdução às metodologias de investigação da escola de Primavera promovida pela APMCG. Escolhi este tema por ser uma área que me interessa e sentir lacunas na formação ministrada no curso curricular de investigação. Este curso tinha por objectivos capacitar os participantes para formular perguntas e objectivos de investigação, classificar os diversos tipos de estudo, conhecer os métodos de amostragem, definir e operacionalizar variáveis, conhecer métodos de colheita de dados e treinar a interpretação estatística e a apresentação de resultados. O curso estava muito bem estruturado, intercalando sessões teóricas com exercícios práticos e trabalhos de grupo. O curso foi de encontro às minhas expectativas, mas fiquei a desejar aprofundar ainda mais os meus conhecimentos nesta área. [Anexo 21 ]

PSICOTERAPIA BREVE – ORIENTAÇÃO SISTÉMICA

Este curso decorreu entre 15 e 31 de Maio de 2008, no Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Decidi fazê-lo para procurar melhorar a minha capacidade de intervenção em psicoterapia. O curso tinha por objectivos proporcionar conhecimentos básicos sobre o modelo da psicoterapia breve de orientação sistémica, proporcionar oportunidades estruturadas para desenvolvimento dessas competências e a simulação e supervisão de sessões de psicoterapia breve. O curso foi interessante, mas ficou aquém das minhas expectativas, pois foi um pouco teórico em demasia. [Anexo 22 ]

EMERGÊNCIA MÉDICA – “NOVAS GUIDELINES”

De 19 a 22 de Novembro de 2008 frequentei o curso de emergência médica – “novas guidelines” da escola de Outono organizada pela APMCG. Escolhi este tema para complementar a minha formação na área da emergência médica, em particular no suporte avançado de vida e no trauma. Estas eram áreas que faziam parte dos objectivos do estágio de medicina de urgência, mas que não foi possível cumprir. O curso tinha por objectivos capacitar os participantes para a prestação de cuidados em emergência médica. O curso estava estruturado intercalando sessões teóricas com o treino de suporte

básico, suporte avançado de vida e transporte em contexto de trauma. As minhas expectativas foram integralmente cumpridas, mas será necessário maior treino na parte prática para que os protocolos de actuação se tornem um automatismo. [Anexo 23 

VIOLÊNCIA NA FAMÍLIA

De 6 a 9 de Maio de 2009 frequentei este curso na escola de Primavera promovida pela APMCG. Escolhi este tema por ser uma área que frequentemente passa despercebida ao médico de família, apesar de este poder ser um recurso importante para as vítimas. No curso foram abordados as diversas formas de violência dentro da família, os grupos mais vulneráveis (crianças, mulheres e idosos), o reconhecimento de sinais de alerta e formas de ajuda do médico de família de da sociedade. O curso permitiu que passasse a ficar mais atento aos sinais que permitem identificar a existência de violência dentro da família. [Anexo 24 

CLINICAL RESEARCH COURSE

Este curso pré-conferência da WONCA 2009 foi ministrado por médicos de família da Universidade de Lausanne e teve por objectivo ser uma introdução aos vários passos da investigação médica. Apesar de não ter trazido muito de novo em termos conceptuais, a forma como os temas foram abordados e o contacto com as formas de fazer investigação noutros países da Europa permitiram ter uma perspectiva mais abrangente do tema. [Anexo 25 

MEDICINA DO VIAJANTE

Frequentei este curso pós-graduado de especialização da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa entre 10 de Outubro e 21 de Novembro de 2009. Escolhi fazê-lo por ser um tema de que gosto e por ser cada vez mais frequente contactar com utentes que viajam para o estrangeiro. O curso visava capacitar os formandos a identificar os potenciais riscos associados às viagens internacionais, fazer uma avaliação individualizada do risco, saber como actuar na prevenção e redução dos riscos, prescrever os fármacos e as vacinas indicadas e aconselhar o viajante. Este curso permitiu-me adquirir as bases teóricas necessárias para aconselhar os utentes que pretendem fazer uma viagem internacional e expandir os meus conhecimentos sobre doenças tropicais. Terminei o curso com a classificação de 18 valores. [Anexo 26 

OUTRAS FORMAS DE ACTUALIZAÇÃO

Durante o internato procurei levar a cabo as formas de actualização contínua a que me propus nos planos pessoais de formação. Li com regularidade a revista Postgraduate Medicine e enviei os seus testes mensalmente [Anexo 27 ; o certificado do ano de 2009 ainda não está disponível]. Li também a Revista Portuguesa de Clínica Geral e acompanhei os alertas diários do site *Global family doctor*, os alertas do Infarmed e da newsletter *Physician's First Watch*. Obtive um total de 30,75 créditos nas actividades de educação médica contínua do site Medscape.com [Anexo 28 .

CONGRESSOS, JORNADAS E ENCONTROS

Durante o internato frequentei vários congressos, jornadas e encontros – Quadro XCI.

Quadro XCI. Participação em congressos, jornadas e encontros.

Data	Título	Entidade responsável
8-9/02/2007	XI Jornadas Patient care	Admedic
21-24/03/2007	24º Encontro Nacional de Clínica Geral	APMCG
29-30/09/2007	6º Encontro Nacional de Internos de MGF	APMCG
30/09-02/10/2007	12º Congresso Nacional de Medicina Familiar	APMCG
24-26/10/2007	XII Jornadas do Internato de Medicina Geral e Familiar da Zona Sul	CIMGF Zona Sul
5-8/03/2008	25º Encontro Nacional de Clínica Geral	APMCG
1/04-30/06/2008	1 st Virtual Congress of General Practice and Family Medicine	APMCG
27-28/09/2008	7º Encontro Nacional de Internos de MGF / 1º Encontro Luso-Brasileiro de Jovens Médicos de Família	APMCG
27-30/09/2008	13º Congresso Nacional de Medicina Familiar / 3º Encontro Luso-Brasileiro de Medicina Geral Familiar e Comunitária / 2º Congresso da Região Ibérica da WONCA Iberoamericana	APMCG
3-5/11/2008	XIII Jornadas do Internato de Medicina Geral e Familiar da Zona Sul	CIMGF Zona Sul
18-21/03/2009	26º Encontro Nacional de Clínica Geral	APMCG
17-19/09/2009	15 th Wonca Europe Conference	WONCA Europe
21/09-20/12/2009	Second Virtual Congress of General Practice and Family Medicine	APMCG
26-28/10/2009	XIV Jornadas do Internato de Medicina Geral e Familiar da Zona Sul	CIMGF Zona Sul
7-8/11/2009	8º Encontro Nacional de Internos de MGF	APMCG
8-10/11/2009	13º Congresso Nacional de Medicina Familiar	APMCG

XI JORNADAS PATIENT CARE

Estas jornadas abordaram uma variedade de temas como o rastreio pré-natal, patologias ortopédicas mais frequentes, os planos de contingência para uma possível pandemia de gripe pelo vírus H_5N_1 , otite serosa e arritmias. Alguns dos temas foram mais interessantes que outros, mas globalmente foi um congresso interessante e que contribuiu para relembrar algumas patologias. [[Anexo 29](#) 🌐]

24º ENCONTRO NACIONAL DE CLÍNICA GERAL

O encontro nacional teve um programa científico muito interessante. No entanto, por ter sido palestrante, não pude assistir a tantas sessões quanto gostaria. No primeiro dia assisti à conferência inaugural e ao lançamento do livro “Comunicação em contexto clínico” do Dr. José Mendes Nunes. No segundo dia, ouvi a sessão “Tecnologias de Informação e Comunicação na prática clínica” que, confesso, apesar de interessante, ficou um pouco aquém das minhas expectativas; estive na apresentação do projecto de manual de actividades preventivas; e na cerimónia de recepção aos internos. No terceiro dia assisti à sessão sobre doenças pulmonares. Globalmente o balanço foi muito positivo. [[Anexo 30](#) 🌐]

6º ENCONTRO NACIONAL DE INTERNOS DE MGF

Fui formador num dos *workshops* do encontro (ver adiante). No primeiro dia assisti à mesa “Estágios de MGF no estrangeiro”. Esta mesa foi muito interessante por permitir conhecer as realidades de alguns

outros países. Fiquei surpreso com as enormes diferenças entre os cuidados primários portugueses e espanhóis. As mesas do segundo dia (a primeira sobre ética e responsabilidade médica e a segunda sobre escalas de avaliação) também foram interessantes. [[Certificado de participação não disponível](#)]

12º CONGRESSO NACIONAL DE MEDICINA FAMILIAR

No primeiro dia apresentei um trabalho de investigação intitulado “Cumprimento de expectativas e satisfação com a consulta de Medicina Geral e Familiar” (ver adiante). Durante o congresso assisti à apresentação de todos os outros trabalhos de investigação e também a algumas mesas sobre capacitação. [[Anexo 31](#) 📄]

XII JORNADAS DO INTERNATO DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR DA ZONA SUL

Apresentei como comunicação oral na área relatos de caso o trabalho “Abordagem familiar de portadores de hemoglobinopatias” (ver adiante). Durante as jornadas assisti à apresentação de relatos de caso, alguns trabalhos de investigação e à discussão de alguns pósteres. Globalmente as jornadas foram muito interessantes, apesar de alguns dos trabalhos serem de nível inferior ao que é habitual no congresso nacional. [[Anexo 32](#) 📄]

25º ENCONTRO NACIONAL DE CLÍNICA GERAL

Dediquei o meu tempo essencialmente às apresentações orais de trabalhos de investigação e de revisão. De entre as mesas, foi especialmente interessante a que tinha por tema “A importância da literacia infantil no desenvolvimento da criança e o papel da MGF”. [[Anexo 33](#) 📄]

1ST VIRTUAL CONGRESS OF GENERAL PRACTICE AND FAMILY MEDICINE

O primeiro congresso de medicina familiar no ciberespaço decorreu entre 1 de Abril e 30 de Junho. Foi uma iniciativa portuguesa que rapidamente alcançou expressão mundial. Vi algumas comunicações “eOrais”, mas a maioria não me prendeu pois poucas eram as que tinham vídeo ou áudio a acompanhar os slides. Outras eram comunicações que já tinha visto apresentadas no Congresso ou no Encontro nacionais. Aproveitei também as conferências, especialmente a do Prof. Doutor Richard Roberts sobre o futuro da Medicina Geral e Familiar, proferida no 25º Encontro Nacional de Clínica Geral, onde não tinha tido oportunidade de assistir. Globalmente o congresso virtual foi uma experiência positiva, mas as comunicações livres poderiam ser mais cativantes. [[Anexo 34](#) 📄]

7º ENCONTRO NACIONAL DE INTERNOS DE MGF / 1º ENCONTRO LUSO-BRASILEIRO DE JOVENS MÉDICOS DE FAMÍLIA

Tive o prazer de fazer parte da Comissão Científica e Organizadora deste encontro e fui moderador da mesa “Programa de Formação em Medicina Familiar” [[Anexo 35](#) 📄], que procurou lançar entre os internos a discussão acerca do programa de formação proposto pelo colégio da especialidade. Globalmente, achei as mesas do encontro muito interessantes. [[Anexo 36](#) 📄]

13º CONGRESSO NACIONAL DE MEDICINA FAMILIAR / 3º ENCONTRO LUSO-BRASILEIRO DE MEDICINA GERAL FAMILIAR E COMUNITÁRIA / 2º CONGRESSO DA REGIÃO IBÉRICA DA WONCA IBERO-AMERICANA

Procurei acompanhar primordialmente as apresentações de trabalhos de investigação, tendo assistido também a algumas comunicações orais de temas de revisão e relatos de caso. O nível dos trabalhos de investigação apresentados foi muito elevado, com destaque para os colegas do Brasil que, apesar de terem poucos especialistas em medicina familiar, têm muitos doutorandos nesta área e dispõem de meios que me fizeram sentir alguma inveja. Nas mesas destaco as que tiveram por temas “O desenvolvimento da investigação em MGF”, “Formação e ensino em MGF” e “Tabagismo”. [[Anexo 37](#) 📄]

XIII JORNADAS DO INTERNATO DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR DA ZONA SUL

Participei em dois trabalhos de investigação apresentados nestas jornadas (ver adiante). Durante as jornadas assisti ainda à apresentação de diversos trabalhos de investigação, relatos de caso e temas de revisão. Globalmente as jornadas foram muito interessantes e achei que a qualidade dos trabalhos apresentados foi superior à da edição anterior. [Anexo 38 

26º ENCONTRO NACIONAL DE CLÍNICA GERAL

Assisti principalmente às comunicações livres de investigação. De entre as mesas, destaco “A consulta vista por dentro”, “Investigação em Cuidados de Saúde Primários” e o simpósio do Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência e Infarmed. [Anexo 39 

15TH WONCA EUROPE CONFERENCE

A ida à conferência europeia da Wonca possibilitou o contacto com a realidade da clínica geral / medicina familiar de outros países do espaço europeu e do resto do mundo. Tive também oportunidade de encontrar os autores que até agora só conhecia das suas publicações. Participei no curso pré-congresso de investigação clínica (ver acima). Assisti a duas sessões de apresentação de trabalhos de investigação, alguns de nível semelhante aos apresentados no nosso país, outros que ainda não somos capazes de realizar. Das restantes sessões a que assisti destaco os *workshops* sobre *disease monitoring*; o potencial da ICPC-2 e dos registos médicos electrónicos para investigação; risco, incerteza e indeterminação nas decisões clínicas; e a apresentação da agenda para investigação da rede europeia de investigação em clínica geral. [Anexo 40 

SECOND VIRTUAL CONGRESS OF GENERAL PRACTICE AND FAMILY MEDICINE

Tal como no ano anterior, a maioria das comunicações limitava-se a um conjunto de slides, sem áudio ou vídeo de suporte. Na maior parte dos casos os slides não conseguiam transmitir sozinhos a mensagem acerca do trabalho que se queria comunicar. Mais uma vez, a maioria das comunicações dos participantes portugueses já era conhecida de outros congressos. Assim, a participação neste congresso foi pouco produtiva. [Anexo 41 

XIV JORNADAS DO INTERNATO DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR DA ZONA SUL

Fiz parte da comissão organizadora, fui moderador na discussão de dois posters [Anexo 42 

8º ENCONTRO NACIONAL DE INTERNOS DE MGF

Participei no *workshop* “Tratamento da dor” (que poderia ter sido mais interessante se se tivesse dedicado mais tempo à parte clínica e menos à fisiopatologia da dor) [Anexo 44 

14º CONGRESSO NACIONAL DE MEDICINA FAMILIAR

Assisti sobretudo à apresentação dos trabalhos de investigação. De entre as outras sessões, destaco as mesas “Psicoterapia e intervenção breve, engenho e arte do médico de família” e “Gestão da prática clínica”. [Anexo 46 

ACTIVIDADE CIENTÍFICA

Abaixo apresento os trabalhos científicos que realizei como autor principal ou co-autor. Cada trabalho é mencionado uma única vez naquela que foi a sua forma de apresentação mais importante. Os trabalhos estão disponíveis em apêndice e os respectivos certificados de apresentação em anexo.

ARTIGOS PUBLICADOS

ADESÃO À TERAPÊUTICA ANTI-HIPERTENSIVA EM DOENTES DIABÉTICOS

Pinto D, Pisco AM. RFML 2007; Série III; 12(3):171-9

Este trabalho de investigação original foi realizado durante o estágio de cuidados de saúde primários do Ano Comum. Este estudo procurou identificar a adesão à terapêutica farmacológica com anti-hipertensores em doentes com diabetes e hipertensão arterial e possíveis factores que a influenciam, realizando uma análise retrospectiva dos registos de prescrição de uma médica de família. Verificou-se que a adesão média foi de 79,3% e que o sexo feminino, a idade igual ou superior a 65 anos, a medicação com fármacos de duas ou três tomas diárias, com três anti-hipertensores e o tratamento com bloqueadores dos canais de cálcio ou IECAs estavam associados a maior adesão. O artigo completo está disponível no [Apêndice 2](#) .

Este trabalho foi também apresentado sob forma de comunicação oral no VII Encontro Conimbri-gae Salus, promovido pela delegação distrital da APMCG [[Anexo 11](#) .

PUBLICAÇÃO SELECTIVA DE ENSAIOS CLÍNICOS E O SEU IMPACTO NA MEDICINA BASEADA NA EVIDÊNCIA

Pinto D. Rev Port Clin Geral 2008;24:109-10

Clube de leitura do artigo “*Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy*”. Este artigo analisa o impacto do viés de publicação na eficácia dos anti-depressivos reportada na literatura e como, considerando todos os estudos efectuados, esta é na realidade menor do que previamente estimado. [[Apêndice 8](#) .

Apresentei também o artigo como *journal club* na reunião de EIO.

MUDAR DE PARADIGMA - PARA ALÉM DOS MARCADORES INTERMÉDIOS

Pinto D. Rev Port Clin Geral 2008;24:531-2

Clube de leitura do artigo “*Redefining quality: implications of recent clinical trials*”. Este artigo realça a importância do estudo de parâmetros que realmente importam para a qualidade de vida e mortalidade dos doentes, combatendo a tendência para utilização de marcadores biológicos intermédios. [[Apêndice 9](#) .

CONTROLO INTENSIVO DA GLICEMIA NO ESTUDO ADVANCE

Pinto D. Rev Port Clin Geral 2008;24:533-5

Clube de leitura do artigo “*Intensive blood glucose control and vascular outcomes in patients with type 2 diabetes*”. Este estudo mostrou que o controlo agressivo da glicemia em diabéticos tipo 2 poderá estar associado a mais riscos do que benefícios e contribuiu para pôr em causa este paradigma. [[Apêndice 10](#) .

TRÊS PASSOS EM DIRECÇÃO À MATURIDADE

Pinto D, Faria-Vaz A, Heleno B, Santos I. Rev Port Clin Geral 2009;25:9-10

Neste editorial são discutidas algumas medidas que visaram melhorar a qualidade da Revista Portuguesa de Clínica Geral, em particular, a revisão das normas de publicação. [Apêndice 11 

ESTUDO VADT - CONTROLO GLICÉMICO NÃO REDUZ COMPLICAÇÕES MACROVASCULARES

Pinto D. Rev Port Clin Geral 2009;25:76-8

Clube de leitura do artigo “*Glucose control and vascular complications in veterans with type 2 diabetes*”. Este estudo, tal como o ADVANCE, mostrou que o controlo agressivo da glicemia em diabéticos tipo 2 poderá estar associado a mais riscos do que benefícios. [Apêndice 12 

Apresentei também o artigo como *journal club* na reunião de EIO.

THERAPEUTICS INITIATIVE

Pinto D. Rev Port Clin Geral 2009;25:394

Websaúde sobre o site “*Therapeutics Initiative*”. Este artigo dá a conhecer um site canadiano com informação sobre terapêutica farmacológica. [Apêndice 13 

PROMOÇÃO DA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA: SOMOS MAIS INFLUENCIÁVEIS DO QUE NOS APERCEBEMOS

Pinto D. Rev Port Clin Geral 2009;25:492-4

Clube de leitura do artigo “*Effect of exposure to small pharmaceutical promotional items on treatment preferences*”. Este estudo mostrou como a simples exposição a símbolos e imagens de uma marca de medicamentos pode influenciar as preferências de prescrição em estudantes de medicina. [Apêndice 14 

CUMPRIMENTO DE EXPECTATIVAS E SATISFAÇÃO COM A CONSULTA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Pinto D, Coutinho SS, Rezende C. Rev Port Clin Geral 2009;25:405-17

Este trabalho de investigação original foi realizado durante o internato no CS de Oeiras. Os seus objectivos foram caracterizar as expectativas dos utentes face à consulta de Medicina Geral e Familiar e identificar a relação entre o seu cumprimento e a satisfação com a consulta. Verificou-se que tanto a taxa de cumprimento de expectativas como a satisfação dos utentes foram elevadas, sendo as expectativas mais frequentes informação sobre o exame objectivo, realização do exame objectivo e informação sobre o tratamento. Encontrou-se uma correlação positiva entre o cumprimento das expectativas e a satisfação com a consulta. [Apêndice 15 

Este trabalho foi também apresentado sob a forma de comunicação oral no 12º Congresso Nacional de Medicina Familiar [Anexo 47 

COMUNICAÇÕES ORAIS

ABORDAGEM FAMILIAR DE PORTADORES DE HEMOGLOBINOPATIAS

Pinto D, Corte-Real S. XII Jornadas do Internato de MGF da Zona Sul

Neste relato de caso é descrita a abordagem de uma família onde foram diagnosticados vários casos de traço falciforme e traço alfa-talassémico a partir de um caso índice e fruto de uma abordagem familiar centrando-nos na utilização do genograma. [Apêndice 16 , Anexo 48 

ASSOCIAÇÃO ENTRE CONTROLO METABÓLICO NA DIABETES TIPO 2 E SINTOMAS DEPRESSIVOS

Corte-Real S, Pinto D, Proença V, Costa MV. XIII Jornadas do Internato de MGF da Zona Sul

Este trabalho de investigação, apresentado pela Dra. Susana Corte-Real, teve por objectivo avaliar a existência de associação entre o nível de HbA_{1c} e os sintomas depressivos em diabéticos tipo 2. Encontrou-se uma correlação estatisticamente significativa entre controlo metabólico e sintomas depressivos, com 3% da variância de HbA_{1c} a ser explicada pelos sintomas depressivos. [Apêndice 17 , Anexo 49 

O trabalho foi também apresentado em reunião clínica do Centro de Saúde de Oeiras.

CODIFICAÇÃO COM A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE CUIDADOS PRIMÁRIOS POR INTERNOS DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Pinto D, Corte-Real S. XIII Jornadas do Internato de MGF da Zona Sul

Este trabalho de investigação teve por objectivo determinar a capacidade de médicos na segunda metade do internato em Medicina Geral e Familiar para codificar com a ICPC-2. Verificou-se que os internos parecem ser melhores na codificação de problemas do que nos motivos de consulta ou procedimentos; são frequentes erros relacionados com a codificação de actividades preventivas e o exame médico; e os internos que fizeram formação específica na utilização da ICPC-2 tiveram melhores resultados na codificação de motivos de consulta e problemas. [Apêndice 18 , Anexo 50 

Este trabalho foi também apresentado em reunião clínica da EIO e submetido à Revista Portuguesa de Clínica Geral, onde se encontra sob revisão [Apêndice 19 , Anexo 51 

POSTERS

ACTIVIDADES PREVENTIVAS E INDICADORES - QUANTO TEMPO SOBRA?

Pinto D. XIV Jornadas do Internato de MGF da Zona Sul

Este trabalho de investigação teve por objectivo determinar o número de consultas necessário para realizar procedimentos preventivos e cumprir os indicadores de desempenho relacionados com o cuidado de pessoas com diabetes ou hipertensão arterial durante um ano. Verificou-se que na lista de utentes seriam necessárias 1967,7 consultas (49,5% das consultas realizadas num ano). [Apêndice 20 , Anexo 52 

Este poster foi também apresentado em reunião de EIO.

COLHEITAS PARA COLPOCITOLOGIA CONVENCIONAL - COMO FAZER?

Empis CA, Coutinho SS, Pinto D. XIV Jornadas do Internato de MGF da Zona Sul

Este trabalho de revisão, apresentado pela Dra. Salomé Sousa Coutinho, teve por objectivo determinar qual a técnica de colheita de material para colpocitologia convencional de rastreio com espátula e escova endocervical que confere maior sensibilidade e especificidade ao teste e maior número de colheitas satisfatórias. Verificou-se que, dos vários passos da colheita analisados, apenas a fixação influencia os resultados da colpocitologia. [Apêndice 21 , Anexo 53 

Este poster foi também apresentado na reunião de EIO.

COMUNICAÇÕES EM REUNIÕES DE SERVIÇO

MEDICAL GUIDELINES FOR CLINICAL PRACTICE FOR THE DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF THYROID NODULES

Os nódulos da tiróide são um achado frequente na MGF. Na reunião da EIO, apresentei as normas de orientação clínica (*guidelines*) elaboradas pelas associações americana e italiana de endocrinologia,

que fazem uma revisão desta patologia e propõem fluxogramas de actuação baseados na “evidência” existente. [Apêndice 22 

ENURESE NOCTURNA PRIMÁRIA – DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

A enurese nocturna primária é uma patologia frequente na infância. Estima-se que a prevalência em Portugal se situe entre os 6,1 e os 15,6% aos cinco anos de idade. Nesta revisão sobre o tema apresentada na reunião de EIO procurei definir o problema, contextualizar a sua importância epidemiológica, explicar a sua fisiopatologia e possíveis causas secundárias, sugerir uma abordagem diagnóstica e discutir as várias opções terapêuticas (intervenções comportamentais, farmacológicas e alarme). [Apêndice 23 

SYSTEMIC REVIEW: THE VALUE OF PERIODIC HEALTH EVALUATION

Apresentei um *journal club* na reunião de EIO sobre o artigo “*Systemic Review: The Value of Periodic Health Evaluation*” publicado em Fevereiro de 2007 na revista *Annals of Internal Medicine*. Este artigo revê a literatura publicada sobre o exame periódico de saúde, concluindo que ele poderá ser benéfico na realização de alguns procedimentos preventivos e na tranquilização do utente. No entanto, os autores consideram não existir informação suficiente sobre os seus benefícios e riscos a longo prazo. [Apêndice 24 

NOVA ORGANIZAÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Este trabalho, realizado em conjunto com a Dra. Susana Corte-Real e do qual fui primeiro autor, foi apresentado em reunião clínica da USF São Julião. O seu objectivo foi divulgar junto dos membros da USF as alterações à organização do Ministério da Saúde introduzidas pelo Decreto-Lei 212/2006. [Apêndice 25 

EFEITOS DA SUPLEMENTAÇÃO COM FERRO DURANTE A GRAVIDEZ

Fui segundo autor deste trabalho de revisão apresentado pela Dra. Susana Corte-Real em reunião clínica do CS de Oeiras. O seu objectivo foi avaliar os efeitos da suplementação com ferro na gravidez em países desenvolvidos e determinar que grupos beneficiam desta prática. Verificou-se que existe evidência de que a suplementação com ferro diminui o risco de anemia na grávida, contudo, não está demonstrado que isso se traduza em ganhos de saúde para a mãe ou para o bebé. [Apêndice 26 

IVABRADINA - QUAL O SEU PAPEL NOS CUIDADOS PRIMÁRIOS?

Este trabalho foi apresentado em reunião do CS de Oeiras e teve como objectivo fornecer aos médicos de família informação sobre o primeiro de uma nova classe farmacológica – os inibidores da corrente I_r. [Apêndice 27 

CUIDADORES DE PESSOAS COM DEMÊNCIA

Este trabalho, realizado no âmbito do estágio de saúde mental, foi apresentado na reunião do CS de Oeiras. O seu objectivo foi rever a literatura para responder às questões: quem são os cuidadores das pessoas com demência, qual o impacto desse papel sobre a sua saúde e o que pode ser feito para ajudar. [Apêndice 28 

NOVO MEDICAMENTO À LUPA – DAPOXETINA

Este trabalho foi apresentado na reunião da EIO e teve como objectivo discutir o papel de um novo fármaco introduzido no mercado – a dapoxetina. [Apêndice 29 

OUTROS

DESMOPRESSINA VERSUS ALARME NO TRATAMENTO DA ENURESE NOCTURNA PRIMÁRIA

Durante o estágio de pediatria preparei um protocolo para um ensaio clínico aleatorizado com os objectivos de comparar a eficácia entre desmopressina oral e alarme no tratamento da enurese nocturna primária e comparar o custo do tratamento com cada um dos métodos. Este protocolo foi apresentado em sessão clínica do serviço de pediatria em 2007, sendo depois submetido à apreciação da comissão de ética do CHLO, que o aprovou. Porém, para o ensaio avançar necessitaria da aprovação da Comissão de Ética para a Investigação Clínica do Infarmed, o que não aconteceu até ao momento por falta de recursos para cumprir todas as exigências desta comissão. [Apêndice 30 , Anexo 54 

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ADMINISTRAÇÃO DE IMUNOGLOBULINA ANTI-D

Durante o estágio de MGF-3 uma das grávidas vigiadas necessitava de fazer a imunoglobulina anti-D, cuja administração obriga à obtenção de consentimento informado. No entanto, não foram encontrados quaisquer formulários nacionais para obtenção desse consentimento. Assim, elaborei um formulário para a obtenção de consentimento informado para administração da imunoglobulina anti-D, que passou a ser usado pela USF.

Contactei posteriormente a comissão de ética da Administração Regional de Saúde do Norte (a única vocacionada para os cuidados primários em funcionamento no país) no sentido de validar o formulário. Este acabou por ser adoptado (com algumas adaptações) como modelo da ARS Norte [Apêndice 31 , Anexo 55 

PRÉMIOS

Alguns dos trabalhos referidos acima foram distinguidos com prémios e menções honrosas nos eventos em que foram apresentados. O Quadro XCII lista os trabalhos premiados. Os respectivos certificados são apresentados nos Anexos 57 a 61 .

Quadro XCII. Prémios atribuídos a trabalhos científicos.

Data	Trabalho	Evento	Distinção
26/05/2006	Adesão à terapêutica anti-hipertensiva em doentes diabéticos	VII Encontro Conimbriga Salus	Menção honrosa – comunicações de investigação
30/09/2007	Cumprimento de expectativas e satisfação com a consulta de Medicina Geral e Familiar	12º Congresso Nacional de Medicina Familiar	Melhor comunicação na área temática de investigação (<i>ex aequo</i>)
24/10/2007	Abordagem familiar de portadores de hemoglobinopatias	XII Jornadas do Internato de MGF da Zona Sul	Menção honrosa – relatos de caso
03/11/2008	Associação entre controlo metabólico na diabetes tipo 2 e sintomas depressivos	XIII Jornadas do Internato de MGF da Zona Sul	Primeiro prémio na área temática da investigação
26/10/2009	Actividades preventivas e indicadores - Quanto tempo sobra?	XIV Jornadas do Internato de MGF da Zona Sul	Primeiro prémio – posters de investigação

PARTE IV

ACTIVIDADES EXTRA-CURRICULARES

ACTIVIDADES COMO FORMADOR

SESSÃO ICPC

Durante o 24º Encontro Nacional de Clínica Geral houve uma sessão interactiva sobre ICPC-2, cujo objectivo era familiarizar os participantes com esta classificação. Em conjunto com o Dr. José Mendes Nunes, o meu orientador, apresentei alguns casos clínicos que foram usados como base de discussão durante parte da sessão. [[Anexo 61](#) 

SESSÃO TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO: PDA NA PRÁTICA CLÍNICA

Também durante o 24º Encontro Nacional de Clínica Geral, participei numa sessão sobre a utilização de PDAs na prática clínica. Esta sessão, em que participei como palestrante com os Drs. Carlos Martins e João Sequeira Carlos, dividia-se num componente expositivo, em que cada um ilustrou uma vertente da utilização de computadores de bolso na prática clínica, seguido de um componente prático, com utilização dos PDAs para a resolução de exercícios. [[Anexo 62](#) 

INTRODUÇÃO AO USO DA ICPC

Durante o 6º Encontro Nacional de Internos de MGF decorreu um *workshop* aberto a internos e especialistas dedicado à utilização da ICPC-2. O objectivo deste *workshop* era conferir aos participantes um conjunto de conhecimentos teóricos e práticos sobre a utilização desta classificação. A coordenadora foi a Dra. Ana Maria Pisco e, em conjunto com os Drs. José Nunes e Nuno Sousa, fui um dos formadores. [[Anexo 63](#) 

TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO: PDA NA PRÁTICA CLÍNICA

Durante as XXII Jornadas de Medicina Geral e Familiar de Coimbra, organizadas pela delegação distrital de Coimbra da APMCG, fui palestrante numa sessão sobre a utilização de PDAs na prática clínica em conjunto com o Dr. João Sequeira Carlos. O objectivo era mostrar aos participantes algumas técnicas e exemplos práticos sobre a utilização de um computador de bolso durante a consulta. [[Anexo 64](#) 

O FUTURO DO REGISTO MÉDICO ELECTRÓNICO

Durante as XXIII Jornadas de MGF de Coimbra decorreu uma mesa sobre o tema “TICs do Médico de Família”, onde fui convidado para apresentar o tema “O futuro do registo médico electrónico”. Na minha apresentação procurei focar as vantagens dos sistemas de registo médico electrónico em oposição aos sistemas em papel, os problemas existentes nos sistemas actuais e que passos devem ser dados para eles serem melhorados no futuro. [[Anexo 65](#) 

FORMAÇÃO DE ALUNOS E INTERNOS

Durante o internato, o meu orientador recebeu vários estudantes de medicina, internos do ano comum e internos de pediatria. Colaborei na formação de alguns destes.

ORGANIZAÇÃO DE EVENTOS CIENTÍFICOS

7º ENCONTRO NACIONAL DE INTERNOS DE MGF / 1º ENCONTRO LUSO-BRASILEIRO DE JOVENS MÉDICOS DE FAMÍLIA

A participação na comissão científica e organizadora deste encontro foi uma experiência muito positiva, especialmente por ter sido uma organização conjunta com colegas “residentes” do Brasil.

Tentámos que as mesas e os *workshops* contribuíssem não só para a actualização científica dos internos, mas também debater o seu papel no centro de saúde e como deve ser feita a sua formação. [Anexo 66 

XIV JORNADAS DO INTERNATO DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR DA ZONA SUL

A participação na comissão organizadora destas jornadas foi especialmente interessante por se tratar de uma actividade levada a cabo por internos, orientadores e membros da coordenação de internato. Ao contrário do Encontro Nacional de Internos, não havia suporte logístico de uma empresa organizadora de eventos, tendo todo esse trabalho sido efectuado pelos membros da comissão organizadora. A participação permitiu-me também conhecer os bastidores e olhar para as jornadas do internato numa nova perspectiva. [Anexo 67 

VERSÃO ELECTRÓNICA DA ICPC – 2

Durante o estágio de MGF-1 criei um website (<http://icpc2.danielpinto.net/>) contendo a tradução portuguesa da versão electrónica da ICPC-2.¹ O seu objectivo é melhorar a rapidez e a fiabilidade dos registos com a ICPC-2 ao permitir a navegação pelos capítulos e códigos da ICPC-2 ou a pesquisa dentro dos campos ‘código’, ‘título’, ‘critérios’, ‘inclui’ e ‘ICD-10’

Da utilização que dele tenho feito verifico que me permite encontrar o código correcto para classificar a maioria das situações em poucos segundos. Mesmo no caso das patologias que não estão incluídas na ICPC-2, a utilização em conjunto com a versão online da ICD-10 (pesquisando o código ICD-10 na ICPC-2) permite-me classificar quase todas as situações.

Desde que foi criado em Abril de 2007, o site registou 334.196 *pageviews* e teve, em média, 18 visitas por dia.

ORDEM DOS MÉDICOS

CONSELHO NACIONAL DO MÉDICO INTERNO

Entre Julho de 2006 e Julho de 2009 fui membro do Conselho Nacional do Médico Interno. O CNMI é um órgão consultivo do Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos. Representa todos os médicos internos do país (desde o ano comum até ao final da especialidade) e tem como competências promover a participação dos médicos internos na resolução dos seus problemas e zelar pela valorização dos internatos médicos; apreciar, discutir, dar pareceres e elaborar propostas relativas aos internatos médicos, bem como pronunciar-se sobre questões colocadas pelos Conselhos Nacional e Regionais Executivos, ou por médicos a título individual ou colectivo; representar na ordem os médicos internos; propor ao Conselho Nacional Executivo, sob a forma de pareceres fundamentados a revisão das idoneidades formativas e dos programas dos internatos. [Anexo 6 

VERIFICAÇÕES DE IDONEIDADE FORMATIVA

Nos anos de 2008 e 2009 participei, por nomeação do CNMI, como representante dos médicos internos nas visitas de verificação de idoneidade formativa feitas pelo colégio da especialidade de MGF aos centros de saúde de Horta, Madalena do Pico, Lajes do Pico, São Roque do Pico, Beja, Serpa – Extensão de Vila Verde de Ficalho, Viana do Alentejo, Alandroal, Campo Maior, Elvas e Ajuda. [Anexo 6 

COMISSÃO REGIONAL DE INTERNATO MÉDICO DA ZONA SUL

Por indicação do CNMI e nomeação do Conselho Regional Sul, sou desde Outubro de 2008 o representante dos médicos internos na Comissão Regional do Internato Médico do Sul. [[Anexo 6](#) 

REVISTA PORTUGUESA DE CLÍNICA GERAL

Desde Janeiro de 2008 faço parte do conselho editorial da Revista Portuguesa de Clínica Geral como editor associado. Sou um dos editores responsáveis pela secção “Clube de leitura” e, tal como os outros editores, coordeno o processo editorial e de revisão de artigos originais e tomo parte nas decisões acerca do funcionamento da revista. Esta experiência tem sido muito exigente, mas, ao mesmo tempo, enriquecedora em termos científicos. A revisão de artigos tem-me permitido pôr em prática os conhecimentos adquiridos nas formações sobre investigação e aprofundar algumas áreas do conhecimento médico relacionadas com os temas dos artigos que revejo. [[Anexo 7](#) 

COMENTÁRIO FINAL

O internato de medicina geral e familiar foi uma etapa de desenvolvimento profissional e pessoal intenso. Ao longo dos três anos adquiri maior diferenciação técnico-científica e autonomia. No final do percurso, sinto-me capaz de executar e assumir a responsabilidade por tarefas que não teria sido capaz de cumprir há três anos.

Porém, apesar do internato chegar ao fim, sinto-me no princípio de uma nova etapa do mesmo caminho, mais do que a começar um percurso novo. Nos próximos anos há ainda muitos aspectos a melhorar: conhecimentos que ainda não estão bem sedimentados, técnicas que é preciso treinar, gestos a praticar, ideias para amadurecer. A perspectiva de ter de realizar cerca de 4.000 consultas em 12 meses (em vez de 1.400 em oito meses e meio no terceiro ano), reforça a importância de continuar o treino da gestão do tempo de consulta e da lista de utentes. A integração numa nova equipa, com pessoas diferentes, será um desafio considerável. Contudo, sinto que a formação do internato me deu as ferramentas necessárias para enfrentar estes desafios.

Oeiras, 8 de Janeiro de 2010

REFERÊNCIAS

- 1 Wonca International Classification Committee, International Classification of Primary Care 2nd edition, electronic version [homepage], KITH. Disponível em: http://www.kith.no/templates/kith_WebPage_1062.aspx [acedido a 04/01/2010].
- 2 WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. ATC Index 2009 [Internet]. Oslo 2009. Disponível em: http://www.whocc.no/atc_ddd_index/ [acedido a 04/01/2010]
- 3 Ray WA, Chung CP, Murray KT, Hall K, Stein CM. Atypical antipsychotic drugs and the risk of sudden cardiac death. *N Engl J Med*. 2009 Jan 15;360(3):225-35. 
- 4 Hudson-Allez G, Time-Limited Therapy in a General Practice Setting – How to help within six sessions, Sage, London, 1997, pp 22. 
- 5 Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, et al., A Definição Europeia de Medicina Geral e Familiar (Clínica Geral / Medicina Familiar), *Rev Port Clin Geral* 2005; 21: 511-6. 
- 6 Oeiras, factos e números, Câmara Municipal de Oeiras, 2009. Disponível em: http://www.cm-oeiras.pt/voeiras/Concelho/CaraMapEst/OeirasFactoseNumeros/Documents/factos_numeros.pdf [acedido a 04/01/2010].
- 7 Instituto Nacional de Estatística. Informação estatística – pesquisa por unidade territorial. Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_unid_territorial&menuBOUI=13707095&contexto=ut&selTab=tab3 [acedido a 04/01/2010]
- 8 Oeiras Factos e Números, Câmara Municipal de Oeiras, 2003. Disponível em: http://www.cm-oeiras.pt/Ciberstore_backoffice/output_efile.aspx?sid=7333e774-a6eb-4a30-918a-eb834e15f0a&cntx=mF4LWJiukXUrOZAJeF72tsL%2B7adYGTNCw7X9Pw%2FwxithJdFjebdEJIW6Se8ufYPKX2ib0PGOo3kpZAd7NZI%2Brw%3D%3D&idf=664 [acedido a 23/06/2007].
- 9 Direcção-Geral da Saúde – Divisão de Doenças Transmissíveis. Programa Nacional de Vacinação – Orientações Técnicas nº 10. Lisboa. Direcção-Geral da Saúde, 2006. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i007442.pdf> [acedido a 04/01/2010]
- 10 Grupo de trabalho da Direcção-Geral da Saúde, Rede de referência hospitalar de anatomia patológica, Direcção-Geral da Saúde, 2003. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006178.pdf> [acedido a 04/01/2010].
- 11 Grupo de trabalho da Direcção-Geral da Saúde, Rede de referência hospitalar de imunoalergologia, Direcção-Geral da Saúde, 2003. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006179.pdf> [acedido a 04/01/2010].
- 12 Grupo de trabalho da Direcção-Geral da Saúde, Rede de referência hospitalar de infecciologia, Direcção-Geral da Saúde, 2001. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005658.pdf> [acedido a 04/01/2010].
- 13 Grupo de trabalho da Direcção-Geral da Saúde, Rede de referência hospitalar de intervenção cardiológica, Direcção-Geral da Saúde, 2001. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005659.pdf> [acedido a 04/01/2010].
- 14 Grupo de trabalho da Direcção-Geral da Saúde, Rede de referência materno-infantil, Direcção-Geral da Saúde, 2001. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005625.pdf> [acedido a 04/01/2010].
- 15 Grupo de trabalho da Direcção-Geral da Saúde, Rede de referência hospitalar de medicina física e reabilitação, Direcção-Geral da Saúde, 2003. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006180.pdf> [acedido a 04/01/2010].
- 16 Grupo de trabalho da Direcção-Geral da Saúde, Rede de referência hospitalar de nefrologia, Direcção-Geral da Saúde, 2003. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006181.pdf> [acedido a 04/01/2010].
- 17 Grupo de trabalho da Direcção-Geral da Saúde, Rede de referência hospitalar de neurologia, Direcção-Geral da Saúde, 2001. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005660.pdf> [acedido a 04/01/2010].
- 18 Grupo de trabalho da Direcção-Geral da Saúde, Rede de referência hospitalar de oncologia, Direcção-Geral da Saúde, 2002. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006182.pdf> [acedido a 04/01/2010].
- 19 Grupo de trabalho da Direcção-Geral da Saúde, Rede de referência hospitalar de reumatologia, Direcção-Geral da Saúde, 2003. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006184.pdf> [acedido a 04/01/2010].

- 20 Grupo de trabalho da Direcção-Geral da Saúde, Rede de referência hospitalar de transplantação, Direcção-Geral da Saúde, 2003. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006183.pdf> [acedido a 04/01/2010].
- 21 Grupo de trabalho da Direcção-Geral da Saúde, Rede de referência hospitalar de urgência / emergência, Direcção-Geral da Saúde, 2001. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005661.pdf> [acedido a 04/01/2010].
- 22 Instituto Nacional de Estatística (2006). Destaque: 4º Inquérito Nacional de Saúde - 2005/2006. Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=6449883&DESTAQUESmodo=2 [acedido a 04/01/2010].
- 23 do Carmo I, Dos Santos O, Camolas J, et al. Overweight and obesity in Portugal - National prevalence in 200-2005. *Obesity Rev* 2008;9(1):11-9. 
- 24 Recomendações do Núcleo de Actividades Preventivas da APMCG. Rastreio do cancro da mama. Disponível em: <http://www.mgfamiliar.net/mama.pdf> [acedido a 04/01/2010].
- 25 Recomendações do Núcleo de Actividades Preventivas da APMCG. Rastreio do cancro do colo do útero. Disponível em: <http://www.mgfamiliar.net/utero.pdf> [acedido a 04/01/2010].
- 26 Recomendações do Núcleo de Actividades Preventivas da APMCG. Rastreio do cancro do cancro do cólon e do recto. Disponível em: <http://www.mgfamiliar.net/colon.pdf> [acedido a 04/01/2010].
- 27 Rodrigues JG. Porque consultam os utentes o seu Médico de Família? *Rev Port Clin Geral* 2000; 16:442-52. 
- 28 Mateus A. Avaliação da representatividade de uma consulta no internato complementar de Clínica Geral – Estudo comparativo. *Rev Port Clin Geral* 2005;21:147-59. 
- 29 Doherty WJ, Baird MA. Developmental levels in family-centered medical care. *Fam Med*. 1986 Jun;18(3):153-156. 
- 30 Direcção-Geral da Saúde. Orientações Técnicas 9 – Saúde Reprodutiva / Planeamento Familiar. Lisboa. Direcção-Geral da Saúde, 2008. Disponível em <http://www.dgs.pt/wwwbase/wwwinclude/ficheiro.aspx?tipo=0&id=6241> [acedido a 04/01/2010]
- 31 Espiga de Macedo M, Lima MJ, Silva AO, Alcântara P, Ramalhinho V, Carmona J. Prevalência, Conhecimento, Tratamento e Controlo da Hipertensão em Portugal. Estudo PAP. *Rev Port Cardiol* 2007; 26(1): 21-39. 
- 32 The ALLHAT Officers and Coordinators for the ALLHAT Collaborative Research Group. Major Outcomes in High-Risk Hypertensive Patients Randomized to Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitor or Calcium Channel Blocker vs Diuretic - The Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial (ALLHAT). *JAMA*. 2002;288:2981-2997. 
- 33 American College of Radiology. ACR Practice guideline for the performance of screening and diagnostic mammography. 2008 (Resolution 24). Disponível em: http://www.acr.org/SecondaryMainMenuCategories/quality_safety/guidelines/breast/Screening_Diagnostic.aspx [acedido a 04/01/2010]
- 34 Solomon D, Davey D, Kurman R, Moriarty A, O'Connor D, Prey M, et al. The 2001 Bethesda System: terminology for reporting results of cervical cytology. *JAMA* 2002;287:2114-9. 
- 35 Kurtz S, Silverman J, Draper J, Teaching and learning communication skills in medicine, Radcliffe publishing, Oxford, 2005. 
- 36 Médicos Sentinela [Internet]. Observatório Nacional de Saúde, 2006. Disponível em: http://www.onsa.pt/conteu/proj_medicos.html [acedido a 04/01/2010].
- 37 Objectivos do Grupo Balint – Grupos Balint, o que são, para que servem e como funcionam [Internet]. Associação Portuguesa de Grupos Balint. Disponível em: http://www.apgb.pt/quem_somos.php [acedido a 04/01/2010].