

# Resumos das Comunicações Livres do 10º Congresso de Medicina Geral e Familiar – Covilhã, Setembro de 2005

Iniciamos, com este número, o que esperamos vir a tornar-se um hábito e uma tradição da Revista: publicar os melhores Resumos das Comunicações Livres dos Congressos e Encontros Nacionais da nossa especialidade. Pretendemos criar, deste modo, um repositório de informação sobre os muitos trabalhos de campo, de estudo e de investigação que se fazem em Medicina Geral e Familiar, que nem sempre são visíveis por não chegarem a ser publicados.

O Resumo é o único testemunho palpável de uma comunicação livre e a sua publicação permitirá aos autores referi-lo nos seus *curricula*, embora não tenha um impacto comparável à publicação do trabalho na íntegra. A publicação de um resumo não inviabiliza nunca a futura publicação do artigo completo na RPCG ou noutra Revista.

Por último, esperamos com esta iniciativa estimular os colegas que apresentem comunicações livres nos Congressos e Encontros a fazerem resumos que permitam avaliar da melhor forma a qualidade do seu trabalho. Por vezes, maus resumos escondem bons trabalhos, impedindo que estes sejam partilhados pelos colegas. Por outro lado, um excelente resumo pode não corresponder a um excelente trabalho ou apresentação.

Apesar da sua qualidade, os resumos do 10º Congresso Nacional apresentam uma grande variabilidade de formatos, o que pode resultar de ausência de regras comuns para a estruturação dos textos, do desconhecimento da nomenclatura internacional para as palavras-chave<sup>1</sup> e da dificuldade em apresentar resultados e discussões que despertem nos leitores a curiosidade sobre o trabalho. Sugerimos que, de futuro, os resumos sejam estruturados de acordo com as regras gerais pre-estabelecidas, nomeadamente as normas de envio de resumos aos Congressos e Encontros, Normas de Vancouver<sup>2</sup> e as normas para apresentação de artigos à RPCG<sup>3</sup>.

Esperamos, assim, dar mais um contributo para uma nova forma de ver a Medicina Familiar como disciplina científica e académica.

Parabéns a todos.

Os Editores da Revista Portuguesa de Clínica Geral

## Referências

1. United States National Library of Medicine. Medical Subject. Disponível em: URL: <http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>. Headings [acedido em 5/02/2006]

2. Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas. Disponível em: URL: <http://www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf>. [acedido em 5/02/2006]

3. Conselho Editorial da Revista Portuguesa de Clínica Geral. Normas para a apresentação de artigos à Revista Portuguesa de Clínica Geral. *Rev Port Clin Geral* 2005;21:99-104. Disponível em: URL: <http://www.apmcg.pt/document/71479/854688.pdf>. [acedido em 5/02/2006]

## MELHORES RESUMOS DAS COMUNICAÇÕES LIVRES DO 10º CONGRESSO

### TEMAS DE INVESTIGAÇÃO

#### COOP/WONCA CHARTS – Rastreo de Problemas psicológicos e sociais no primeiro ano de maternidade

**Autores:** Nelson Mota-Gaspar, Isabel Apolinário, Nuno Sousa, M. Ivone Gonçalves

**Instituições:** CS de Sintra; CS de Carnaxide, Extensão Dafundo; CS Dr. Joaquim Paulino, Extensão Albarraque, Rio de Mouro.

#### INTRODUÇÃO

Os prestadores de cuidados de saúde a outrém, nomeadamente as mulheres nos primeiros 12 meses após o nascimento do bebé, têm sido negligenciados pelos profissionais de saúde nalguns aspectos. As perturbações do bem-estar das mulheres neste período são frequentes. No entanto, apenas alguns dos casos mais graves são diagnosticados quando preenchem os critérios de ansiedade, depressão pós-parto ou psicose puerperal. Todas as outras situações intermédias de *distress* pós-parto podem não ser identificadas.

As *COOP/WONCA charts* (CWC) são um instrumento de utilização simples que poderá eventualmente ser aplicado como teste de rastreio nas situações de *distress* ou de doença mental.

#### OBJECTIVOS

Determinar o *cut-off* das CWC que maximiza a sua sensibilidade sem comprometer a especificidade e a utilidade prática para o rastreio de problemas de saúde psicológicos e sociais de mulheres no primeiro ano de maternidade.

**METODOLOGIA**

Estudo observacional, transversal, com componente de «avaliação de teste diagnóstico». Amostra de conveniência constituída por mulheres nos primeiros 12 meses após o nascimento do bebé no contexto de uma consulta de revisão de puerpério ou de saúde infantil nos Centros de Saúde de Sintra, Rio de Mouro, Cacém, Carnaxide e Queluz, de Fevereiro a Maio de 2005. Foram aplicadas as CWC traduzidas em português. Como *standard* foi utilizada a avaliação dos médicos de família (MF) baseada na classificação CID-10.

**RESULTADOS**

Até à data foram realizados 31 questionários. A média das idades das mães foi de 28,7 anos e a média das idades das crianças foi de 3,7 meses.

A amostra foi constituída por 22 famílias nucleares (71%), quatro famílias alargadas (13%) e quatro reconstruídas (13%).

Os MF identificaram seis mulheres com *distress* (19%), quatro mulheres com depressão (13%) e três com ansiedade (10%); as restantes 18 foram consideradas saudáveis (58%).

Colocando o *cut-off* no *score* de 11 (soma do valor das respostas das CWC), calculou-se uma sensibilidade do teste de 84,6% e uma especificidade de 38,9%.

A dimensão «sentimentos» foi a que revelou maior concordância. Ao utilizá-la isoladamente encontrou-se para um *cut-off* de 3 uma sensibilidade de 76,9% e uma especificidade de 61,1%.

**DISCUSSÃO**

Tendo em conta a sensibilidade calculada, as CWC parecem ser úteis para o objectivo proposto.

Por outro lado, a utilização do tes-

te facilita a abordagem desta problemática na consulta.

### **Rastreio do cancro do colo do útero – Factores que influenciam a adesão**

**Autores:** Sanja Reis

**Instituições:** USF Horizonte. Matosinhos.

**INTRODUÇÃO**

As neoplasias representam a segunda causa de morte em Portugal e o cancro do colo do útero é uma das formas mais frequentes. Ao contrário de outras neoplasias trata-se de uma patologia para qual existe um método eficiente de rastreio. Por esta razão, é importante determinar a proporção de adesão ao rastreio e definir as razões para não adesão.

**OBJECTIVOS**

1. Determinar a taxa de adesão ao rastreio do cancro do colo do útero nas mulheres inscritas na USF Horizonte;
2. Esclarecer os principais motivos para não adesão;
3. Determinar a relação entre a adesão ao rastreio e as características demográficas, os conhecimentos sobre o método de rastreio e sobre a doença e os comportamentos contraceptivos e de uso dos serviços de saúde na população estudada.

**METODOLOGIA**

Realizou-se um estudo quantitativo, observacional, transversal e analítico, através de inquérito telefónico, numa amostra aleatória simples de 300 mulheres inscritas na USF-Horizonte com idade compreendida entre 20 e os 65 anos. Utilizou-se um questionário construído para o efeito.

**RESULTADOS**

A taxa de resposta foi de 97,7%. Re-

gistou-se uma proporção de adesão de 62,5%. As mulheres mais jovens, com níveis de escolaridade intermédios, utilizadoras de contraceção oral e com maiores taxas de recurso à consulta do seu Médico de Família aderiram significativamente mais ao rastreio. Os principais motivos indicados pelas inquiridas para a não adesão foram: histerectomia prévia, ausência de actividade sexual, receio da dor associada ao procedimento e não disporem de tempo para o efectuar.

**DISCUSSÃO/CONCLUSÕES**

Parecem poder ser úteis formas de promoção da adesão ao rastreio do cancro do colo do útero, estratégias de flexibilização da acessibilidade das mulheres aos procedimentos de vigilância oncológica, de explicação dos seus objectivos e a tranquilização sobre a habitual ausência de dor significativa associada, para além da criação de mecanismos recordatórios da data conveniente à sua realização.

**PALAVRAS-CHAVE**

*Papanicolaou*, cancro do colo do útero, adesão, atitudes, conhecimento, humano, adulto, feminino, Portugal.

### **Interrupções na consulta do Médico de Família**

**Autores:** Eugenio Fernandez

**Instituições:** CS de Aveiro, US de Cacia.

**INTRODUÇÃO**

A Clínica Geral pode ser definida como uma disciplina que oferece cuidados primários preventivos, abrangentes, continuados e baseados na comunidade. Ponto de contacto inicial, deve abordar o doente como um ser integral. Assumindo aqui um papel primordial, a comunicação deve ser fluida e decorrer num ambiente confortável, sem in-

terruptões e com o tempo necessário.

#### LOCAL DE ESTUDO

Consulta da Dra. Margarida Matos na Unidade de Saúde de Cacia (CS de Aveiro)

#### OBJECTIVO

Avaliação da incidência das interrupções, caracterização das interrupções, diferenciação do tipo de interrupção.

#### TIPO DE ESTUDO

Observacional, analítico, transversal.

#### MÉTODOS

Realizada por uma só pessoa, através de uma tabela com subdivisões de 15/15 minutos desde as 9h até as 17h durante um período de 20 dias laborais (20 dias de manhã e 7 tardes)

#### RESULTADOS

Durante a manhã houve 145 interrupções no total. Nas faixas das 9h-10h decorreram 45 interrupções (31%); das 10h-11h, 35 interrupções (23%); das 11h-12h, 50 interrupções (35%); das 12h-13h, 16 interrupções (11%). Em subdivisões de 15 minutos, o período mais afectado foi o das 11.45h com 21 interrupções (média de 1,1 interrupções diárias, 15% do total).

Durante a tarde verificou-se um total de 32 interrupções. Por faixa horária: 14h-15h, 19 interrupções (60%); 15h-16h, 11 interrupções (34%); 16h-17h, 2 interrupções (6%). Em subdivisões de 15 minutos, os mais afectados são as 14.45h com 7 interrupções (média de 1 interrupção diária, o que representa 22%) e às 14.30 com 6 interrupções (19%). O tipo de interrupção foi: telefonemas 67%; entradas no gabinete

por enfermagem (20%), entradas no gabinete por administrativos ou auxiliares (10%), outros (3%).

A média de interrupções diárias é de 13. No período de tempo a decorrer das 9h-14h o total foi de 13 interrupções. Tempo acumulado: 20 minutos, duração máxima de uma interrupção 3,26 min, duração mínima 30 segundos.

#### CONCLUSÕES

O médico pode ser interrompido a qualquer altura, não há faixa horária sem interrupções, 67% são telefonemas o que representa uma ruptura da comunicação. A importância, não só pelo número de interrupções, mas também pelo momento da interrupção e a duração das mesmas é fundamental, pois produz uma perda na fluidez e ruptura na comunicação, resultando numa falta de cuidado pelo doente.

#### PALAVRAS-CHAVE

Medicina de família, comunicação, consulta.

#### Fontes de informação sobre medicamentos em Medicina Geral e Familiar na região centro de Portugal

Autores: Luiz Miguel Santiago

Instituições: SRS de Coimbra

#### INTRODUÇÃO

A qualidade da terapêutica farmacológica depende da consulta de várias fontes de conhecimento. Há raras publicações sobre esta matéria em Portugal, sendo importante conhecer tais fontes para a mais eficaz transmissão de conhecimentos em formação contínua dos médicos de Carreira de Clínica Geral (CG) utilizando fontes credíveis e isentas.

#### OBJECTIVO

Conhecer a importância da utiliza-

ção de fontes de informação sobre medicamentos de CG e quais as prioritárias.

#### MATERIAL E MÉTODOS

Médicos de CG da região centro de Portugal, questionário (Quest) especificamente construído e validado, com perguntas com resposta em escala de Lickert, 1=nunca a 5=sempre e de caracterização da amostra. Aplicação do Quest a CG de 50% dos Centros de Saúde (CS) de cada Sub-Região, após ordenação alfabética, escolha intencional dos dois centrais e estratificação para os extremos até perfazer a amostra. Envio postal com envelope RSF, para aplicação em reunião de médicos. Carta aos não respondentes após três semanas e telefonema duas semanas mais tarde. Estatística descritiva e inferencial.

#### RESULTADOS

Em 303 respondentes, 30,3% dos Quest enviados, média das respostas/mediana/moda, por fonte de informação de: *Internet*=2,03/2/1, *Perito externo*=2,27/2/1, *Colega do CS*=2,57/3/3, *Prontuário*=3,22/3/3, *RCM*=3,33/3/3, *Congresso*=3,37/3/3, *Simposium*=3,41/3/3, *Indústria Farmacêutica*=3,42/3/3, *Livros de Texto*=3,45/3/3 e *Revistas*=3,55/3/3. Para n=302 CG, em 35,4% não há reuniões no CS para debate de terapêutica, sendo periódicas para 24,8%, esporádicas para 38,1% e periódicas e esporádicas para 1,7%.

#### DISCUSSÃO

Apesar dos vieses possíveis, realça-se a importância das fontes de consulta bibliográfica que podem ser orientadas e não isentas dado apenas serem publicados artigos realçando resultados positivos. As reuniões do CS são pouco frequentes e

a Indústria Farmacêutica tem marcado relevo como veículo de informação. O Prontuário, fonte isenta, ocupa o sexto lugar na ordenação. A informação por líderes de opinião não parece ser determinante como fonte de informação.

#### CONCLUSÕES

São fontes prioritárias de informação a Bibliografia e Indústria Farmacêutica sendo a *Internet*, o perito externo ao CS e CG do CS as fontes menos referidas. É necessário promover maior utilização de instrumentos isentos de informação nesta área, prioritariamente bibliográficas.

#### PALAVRAS-CHAVE

Medicamento, informação, médico, clínica geral, formação.

#### TEMAS DE REVISÃO

##### Enurese noturna na criança: orientação pelos CSP

**Autores:** Patrícia Coelho, Alexandra Reis  
**Instituições:** USF Horizonte. Matosinhos.

#### PERTINÊNCIA DO TEMA

A Enurese Nocturna (EN) é o problema urológico pediátrico mais comum nos Cuidados de Saúde Primários (CSP). A prevalência aos 7 anos de idade situa-se entre os 6 e 10%. Pode ser fonte de grande perturbação da qualidade de vida das crianças e suas famílias. O Médico de Família deverá estar sensibilizado e ser capaz de a orientar correctamente.

#### OBJECTIVOS

Rever e sistematizar a informação recentemente publicada sobre a orientação da criança com EN. Definir algoritmo de actuação e critérios de referenciação aos Cuidados de Saúde Secundários (CSS).

#### METODOLOGIA

Realizou-se pesquisa na base de dados da *Medline* e *Cochrane* (palavras chave: *enuresis in children and management*), procurando artigos publicados entre 2000 e 2005. Incluíram-se artigos de revisão, revisões sistemáticas, ensaios clínicos, meta-análises e normas de orientação clínica. Foram também obtidos artigos pertinentes relacionados com os seleccionados previamente. Utilizou-se a taxonomia SORT.

#### RESULTADOS

A avaliação inicial da EN requer uma história clínica, um exame físico dirigido e um exame de Urina tipo II. O tratamento deve ser oferecido quando a EN constitui um problema para a criança.

O Aconselhamento, a Informação e o Reforço Positivo devem constituir a abordagem inicial; se ausência de resposta, temos como opções terapêuticas o Alarme ou a Desmopressina.

Existe evidência clínica de que o Alarme deverá ser considerado como 1ª opção terapêutica, dada a maior probabilidade de sucesso a longo prazo; exige, contudo, grande motivação da criança e família. A Desmopressina permite resultados visíveis mais rapidamente, mas associa-se a taxa de recidivas elevadas.

A associação do Alarme com a Desmopressina é sempre uma opção quando a monoterapia não resulta.

Os casos de EN polissintomática ou de insucesso terapêutico deverão ser referenciados aos CSS.

#### CONCLUSÃO

Crianças com EN monossintomática podem ser orientadas pelo seu Médico de Família. Apresenta-se uma proposta de algoritmo de actuação nos CSP baseado na evidência clínica.

##### Prestação de cuidados de saúde a migrantes

**Autores:** M. Rosário Pereira Rosa, Luís Martins, José Belo Vieira  
**Instituições:** CS de Odivelas

#### INTRODUÇÃO

Os imigrantes constituem 5% da população de Portugal (cerca de 500.000); a diversidade multicultural da população de Odivelas ilustra bem esta situação. Os problemas de saúde das populações migrantes constituem uma questão política actual, mas também um desafio permanente ao Médico de Família na consulta diária, nomeadamente em Centros de Saúde da periferia das grandes cidades.

#### OBJECTIVOS

Identificar os aspectos específicos da consulta de Medicina Geral e Familiar com migrantes, em função dos países de origem de maior prevalência na área do Centro de Saúde de Odivelas, colocando particular relevância na prestação de cuidados de saúde a grupos vulneráveis. Inventariar os recursos nacionais e locais de apoio social/legal ao migrante.

#### METODOLOGIA

Discussão *inter pares* (médicos do Centro de Saúde de Odivelas), pesquisa na literatura, *Internet* e em base de dados (*Medline*, *Bandolier*, *Cochrane*), para a definição dos principais problemas encontrados nas consultas com migrantes. Consulta das instituições autárquicas locais e do sítio do ACIME (Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas) para a definição dos recursos de apoio ao migrante.

#### RESULTADOS

Os problemas específicos da consulta com migrantes estratificam-se em

três grupos distintos: 1. problemas biomédicos com maior prevalência nos países de origem; 2. questões decorrentes do *stress* psicossocial inerente ao processo de aculturação e carência económica; 3. perturbações da interface de articulação com os serviços e profissionais de saúde determinadas pelas barreiras linguísticas e viés culturais.

Verifica-se que existem alguns recursos nacionais de apoio e que os recursos locais estão em fase de consolidação.

#### CONCLUSÃO

Apesar da multiplicidade dos problemas identificados urge definir estratégias para os Médicos de Família lidarem com os seus pacientes migrantes sem esperarem por uma revolução social.

#### PALAVRAS-CHAVE

Migrantes, saúde, comunicação, medicina multicultural.

#### Tratamento farmacológico da dispepsia não-ulcerosa

**Autores:** Benedita Graça Moura, Ana Marques Almeida

**Instituições:** CS da Senhora da Hora, USF Horizonte. Matosinhos

#### PERTINÊNCIA DO TEMA

A dispepsia é uma queixa frequente com uma prevalência de 19 a 41%. Estima-se que seja responsável por cerca de 2 a 8,2% das consultas realizadas em CSP. A dispepsia não ulcerosa (DNU) representa 60% dos casos deste tipo de patologia.

O sucesso do tratamento tem um impacto positivo na qualidade de vida do doente, reduzindo os custos subsequentes.

#### OBJECTIVOS

Rever a evidência sobre o tratamen-

to farmacológico da dispepsia não-ulcerosa.

#### METODOLOGIA

Pesquisa de artigos de revisão, meta-análises e *guidelines* na *Medline* e *sites EBM* (*Cochrane*, *InfoPoems*, *Bandolier*, *TRIP*, *National Guideline Clearinghouse*) e *Índex RMP*, publicados entre 2000 e 2005, com as palavras-chave «*dyspepsia*» e «*treatment*». Os resultados obtidos foram classificados com a taxonomia SORT.

#### REVISÃO

Os antiácidos e o sucralfato não se revelaram eficazes para o tratamento da DNU.

Os antagonistas dos receptores H2, os inibidores da bomba de prótons e os pró-cinéticos são significativamente mais eficazes do que o placebo. No entanto, não existe evidência que apoie o uso de pró-cinéticos pelos efeitos laterais do fármaco estudado (cisapride).

O tratamento erradicador do *Helicobacter Pylori* (H.P.) tem um efeito pequeno, mas estatisticamente significativo, no controlo dos sintomas dispépticos.

O tratamento farmacológico de primeira linha da DNU envolve o tratamento anti-secretor e/ou a erradicação do H.P. Não existe evidência que aponte qual das estratégias deva ser usada inicialmente, devendo ser considerados factores individuais do doente, a prevalência de H.P. na população, bem como factores económicos.

#### CONCLUSÕES

O tratamento de primeira linha da DNU engloba o tratamento de erradicação do H. P. e/ou a inibição da secreção gástrica. Os antagonistas dos receptores H2 e os inibidores da bomba de prótons são os fár-

macos mais eficazes no alívio dos sintomas.

#### Glucosamina no tratamento da osteoartrose: estudo baseado na evidência

**Autores:** Maria Virgínia Castro Mendes  
**Instituições:** CS de Braga, Extensão de Gualtar.

#### PERTINÊNCIA DO TEMA

A osteoartrose é um problema de Saúde Pública, constituindo-se como causa *major* de morbilidade e absentismo no trabalho e interferindo com o bem-estar físico, psicológico e social. Em Portugal, aos 75 anos, 85% dos indivíduos têm evidência radiológica e/ou clínica da doença. O tratamento assenta no alívio da dor e melhoria funcional, não se dispondo, actualmente, de fármacos modificadores da progressão da doença.

O objectivo deste trabalho é determinar se a glucosamina é eficaz na melhoria da sintomatologia e da função articular com base na evidência disponível. Pretendeu-se ainda determinar o efeito deste fármaco na estrutura da cartilagem, como potencial modificador da evolução da osteoartrose.

#### METODOLOGIA

Realizou-se uma pesquisa bibliográfica na base de dados *Medline/PubMed*, *The Cochrane Library*, *EBM review*, onde foram recolhidos ensaios clínicos e meta-análises publicados desde 1999, utilizando as seguintes palavras-chave: *glucosamine*, *osteoarthritis*, *review*, *meta-analysis*. Foram procurados manualmente artigos constantes nas listas de referências bibliográficas.

#### REVISÃO

Foram seleccionados 15 artigos pela sua pertinência e qualidade científica.

A evidência científica apoia o uso de glucosamina no tratamento da osteoartrose da articulação do joelho leve a moderada, a curto prazo. Verificaram-se diminuição da dor, melhoria da função, e atraso na diminuição do espaço articular (força de recomendação A, RCT).

Em relação à osteoartrose de outras articulações, foi demonstrado um efeito benéfico, embora menor (força de recomendação B, ensaios clínicos de qualidade inferior).

Nos indivíduos com artropatia severa, obtiveram-se resultados insatisfatórios (força de recomendação D, resultados contraditórios).

O ensaio clínico mais longo efectuado sobre o efeito da glucosamina na osteoartrose é de 3 anos, e sendo esta uma patologia crónica, são necessários mais estudos para determinar os efeitos sobre a doença, toxicidade e efeitos adversos a longo prazo.

#### CONCLUSÃO

A glucosamina parece ser um fármaco seguro e eficaz no tratamento da osteoartrose leve a moderada do joelho, embora seja prematuro defini-la como modificador estrutural da doença. Torna-se necessário efectuar mais estudos para determinar a sua eficácia e toxicidade a longo prazo.

#### «Desparasitação cega»... Ou «às cegas»? – critérios de desparasitação intestinal preventiva

**Autores:** Mariana Tudela

**Instituições:** USF Horizonte. Matosinhos.

#### INTRODUÇÃO

Na actualidade, as parasitoses intestinais estão ainda na origem de morbidade importante em muitas partes do mundo, sobretudo nas crian-

ças. Embora em Portugal, uma região endémica, poucos tenham sido os estudos epidemiológicos efectuados sobre o tema, a desparasitação preventiva é prática corrente em consultas de Medicina Familiar, realizada de forma indiscriminada e não assente em critérios consensuais de periodicidade ou dosagem. Este trabalho visa rever normas de orientação e/ou recomendações que permitam adequar uma estratégia de actuação quanto ao tratamento preventivo de parasitoses intestinais.

#### METODOLOGIA

Foi efectuada uma revisão bibliográfica com recurso à *Medline*, *B-On*, *Índex de Revistas Médicas Portuguesas*, *sites* da OMS, da DGS, de *guidelines* de medicina baseada na evidência, de 1990 a 2005, bem como *sites* específicos das áreas de Pediatria, Parasitologia, Infeciologia, Saúde Pública e pesquisa em livros de texto.

#### RESULTADOS

Não se encontraram estudos baseados na evidência que sustentem a prática de desparasitação preventiva regular em países onde as parasitoses intestinais não são consideradas um problema de Saúde Pública. Segundo critérios da OMS, uma população com uma prevalência de parasitoses intestinais inferior a 50% não necessita de tratamento preventivo. Por outro lado, é cada vez mais discutível o efeito benéfico da desparasitação em massa, não sendo certo que resulte numa melhoria do crescimento e desempenho cognitivo das crianças, em países subdesenvolvidos altamente endémicos.

#### DISCUSSÃO

Foram discutidas questões de custo-benefício, toxicidade e problemas

de resistência inerentes à utilização excessiva de desparasitantes, bem como factores associados às parasitoses intestinais. Tornou-se evidente a necessidade de conhecer a sua distribuição geográfica, de forma a implementar intervenções direccionadas, assim como a importância de encontrar novos marcadores clínicos sugestivos de infecção.

#### CONCLUSÃO

Na ausência de evidência científica directa que sustente a decisão de desparasitar de forma preventiva e, tendo em conta as questões discutidas, mais estudos são necessários no sentido de perceber melhor a realidade do nosso país, nos meios urbanos e rurais, adequando as estratégias a essa mesma realidade.

#### PALAVRAS-CHAVE

Desparasitação, parasitas intestinais, tratamento preventivo.

#### Elevação das transaminases em indivíduo assintomático

**Autores:** Sandra Rodrigues, Sónia Almeida, Susana Ribeiro

**Instituições:** CS de Modivas, Vila Conde; USF Ramalde, Porto; USF Oceanos, Matosinhos.

#### OBJECTIVOS

Rever as principais causas de níveis elevados de transaminases e apresentar um algoritmo de abordagem.

#### INTRODUÇÃO

A elevação das transaminases em indivíduos assintomáticos ocorre em 1 a 4% da população, sendo frequentemente indicadora de lesão hepatocelular e motivo de consulta em Medicina Geral e Familiar.

#### METODOLOGIA

Foi realizada uma pesquisa de artigos publicados na base de dados

Medline/Pubmed e Índice de Revistas Médicas Portuguesas, desde Janeiro de 1999 a Maio de 2005, usando os termos Mesh: *increased liver transaminases; asymptomatic*

#### REVISÃO

A aspartatoaminotransferase (AST) é encontrada no fígado, coração e no tecido muscular. A alaninoaminotransferase (ALT) encontra-se principalmente no fígado e é considerada mais específica, embora possa ocasionalmente estar elevada em indivíduos sem patologia hepática. As elevações ligeiras podem ser normais, particularmente em homens e em indivíduos de raça não caucasiana. As causas comuns de elevação das transaminases incluem: hepatite, esteato-hepatite não alcoólica, doença hepática alcoólica, hemocromatose hereditária, medicação hepatotóxica. A história clínica e o exame objectivo devem orientar os exames laboratoriais. Os aspectos mais importantes na história são: medicação, diabetes, dislipidemia, síndrome metabólica, consumo de álcool ou drogas, parceiros sexuais, história familiar de doença hepática. A abordagem inicial consiste na suspensão dos medicamentos hepatotóxicos e do consumo de álcool e determinação dos níveis de ferro e capacidade total de fixação do ferro. Se estes passos não permitirem o diagnóstico, deve ser efectuada uma avaliação ecográfica para avaliar a presença de um fígado gordo. Se os resultados da avaliação laboratorial mais exaustiva não forem significativos, o doente deve ser referenciado para a realização de uma biópsia hepática.

#### CONCLUSÃO

Os transaminases são marcadores sensíveis de lesão hepática. Recomenda-se uma abordagem escalo-

nada na investigação da elevação das transaminases nos indivíduos assintomáticos.

#### PALAVRAS-CHAVE

Elevação transaminases, doente assintomático

### Ácido actelsalicílico na prevenção primária cardiovascular: revisão baseada na evidência

Autores: Filipa Almada Lobo

Instituições: USF Horizonte. Matosinhos.

#### INTRODUÇÃO

Quando utilizado o ácido acetilsalicílico (AAS), para prevenção secundária cardiovascular (CV), os seus benefícios ultrapassam largamente os danos. No entanto, o seu papel na prevenção primária (PP) mantém-se controverso. O objectivo do trabalho é fazer uma revisão baseada na evidência sobre quem deve fazer PP CV com AAS e com que posologia.

#### METODOLOGIA

Realizou-se uma pesquisa sistemática na base de dados MEDLINE, Cochrane Library, Bandolier, Medscape, Tripdatabase, DARE, EBM Resources e Preventive Services, desde 1985 até Maio de 2005. Foram incluídos 9 ensaios clínicos randomizados (RCT's), 8 revisões sistemáticas (RS), 4 revisões baseadas na evidência (RBE), 4 *Guidelines* baseadas na evidência (GBE) e 1 estudo de qualidade. Relativamente à PP nos diabéticos incluíram-se 2 RCT's, 1 RS, 3 GBE, 2 RBE. Para os hipertensos entraram 1 RCT, 2 RS e 1 GBE. Quanto às reacções adversas do AAS, incluíram-se 2 RS quantitativas, 1 estudo epidemiológico e 1 estudo caso-controlo.

#### RESULTADOS

Analisando conjuntamente os RCT's

(n=95.456), a utilização de AAS esteve associada a uma diminuição significativa do risco de enfarte do miocárdio (EM) e de acidente vascular cerebral (AVC) não fatal, em 24% e 3% respectivamente, mas sem redução na mortalidade. Dividindo os dados por sexo, encontraram-se diferentes benefícios para cada um dos grupos. Verificou-se um aumento significativo de hemorragia gastrointestinal e AVC hemorrágico. As doses e diferentes fórmulas de libertação foram comparadas. Não se obteve redução significativa dos eventos CV nos homens com TA superior a 145mmHg. Os resultados dos estudos nos diabéticos foram revestidos e comparados.

#### DISCUSSÃO

Há boa evidência que o AAS diminua a incidência de EM nos adultos com risco CV aumentado e que aumente a incidência de hemorragia GI. A evidência do aumento de AVC hemorrágico é apenas média. É importante o controlo tensional quando se está a considerar PP com AAS. Foram discutidos e comparados as orientações, com as respectivos graus de recomendação, de diversas sociedades, nomeadamente que diz respeito ao nível de risco CV, a partir do qual está indicada a PP com AAS.

#### CONCLUSÕES

O benefício do AAS aumenta à medida que o risco CV aumenta, pelo que este deve ser estimado, na selecção da sua utilização. A PP CV pode ser alcançada com doses tão baixas como 75-150mg/dia. Mais estudos RCT são necessários, nomeadamente nos diabéticos.

#### PALAVRAS-CHAVE

Aspirina; prevenção primária cardiovascular.

**RELATOS DE CASO****El paciente pluripatológico en su medio familiar**

**Autores:** Laura Jiménez De Gracia; Gema García Sacristán

**Instituições:** CS Azahara, Córdoba; CS Almanjáyar, Granada. Espanha

**ÁMBITO DEL CASO**

Atención Primaria.

**PRESENTACIÓN**

Muchos de los pacientes que acuden a nuestra consulta son hiperdemandantes. ¿Qué se esconde tras esta situación? ¿Qué actitud debemos tomar?

**DESARROLLO**

Antonio tiene 84 años. Padece una larga lista de enfermedades que le confieren una mala calidad de vida: hipertensión, EPOC, insuficiencia venosa, espondiloartrosis, cefalea, colon irritable... Se encuentra inmobilizado por dolores continuos de los que no cesa de quejarse; su incapacidad le impide acudir a la consulta.

Ana, su segunda esposa desde hace treinta años, es su cuidadora principal y su único apoyo. Ella es la que acude periódicamente a nuestra consulta, vehiculizando las quejas de su marido. Sus vidas giran en torno a las enfermedades de Antonio.

No tienen hijos comunes; los de cada uno viven en ciudades lejanas. Forman una familia reconstituída, en fase de nido vacío, al final de una dinámica de contracción. Esta situación podría facilitar la adaptación a la enfermedad crónica, pero no sucede así en nuestro caso: por tener escaso apoyo externo, Ana comienza a mostrarse sobrecargada.

Al detectar el problema, proponemos un plan de visitas programadas

que hagan a Antonio sentirse atendido, y establecemos una alianza terapéutica en términos de mejoría, no curación, con metas realistas. A Ana le invitamos a hablar de su vivencia y le proporcionamos apoyo psicológico. Ambos mejoraron su satisfacción y calidad de vida.

**CONCLUSIONES**

La hiperfrecuentación esconde en numerosas ocasiones problemas sociofamiliares no solucionados. La función del médico de familia es desvelarlos e intentar darlos respuesta.

**PALABRAS-CLAVE**

Psychosocial support, family caregiver, family practice.

**Miosite aguda na criança – a propósito de um caso clínico**

**Autores:** Rita Ávila, Inês Lemos, Manuel Moreira, Marta Cardoso

**Instituições:** CS de Sete Rios. Lisboa

**ENQUADRAMENTO**

A miosite aguda benigna da infância caracteriza-se clinicamente por um início súbito de mialgia intensa, bilateral e simétrica geralmente na região gemelar, acompanhada de dificuldade ou impossibilidade na marcha, e laboratorialmente por um aumento dos níveis séricos de creatinocinase (CK).

Surge habitualmente 1 a 5 dias após um síndrome viral das vias respiratórias superiores. Afeta, tipicamente, crianças entre os 2 e 10 anos de idade, predominantemente do sexo masculino.

**DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO**

Apresenta-se o caso clínico de uma criança de 9 anos de idade, sexo masculino, raça caucasiana, natural e residente em Lisboa, pertencente a uma família nuclear.

Dos antecedentes pessoais destaca-se o diagnóstico de Asma Brônquica.

Em Janeiro de 2005 recorre à consulta por um quadro de febre (39,5°C) e tosse não produtiva com 4 dias de evolução. Ao exame objetivo observava-se hiperemia da orofaringe e hipertrofia das amígdalas, sem exsudado purulento. Foi medicado com antipiréticos, constatando-se melhoria sintomática. Dois dias depois, recorre à consulta por um quadro de início súbito de mialgias intensas, bilaterais, nos membros inferiores (sobretudo nas regiões gemelares), e dificuldade na marcha. Por suspeita de miosite viral aguda, foi enviado à urgência do Hospital D. Estefânia, para avaliação laboratorial.

Constatou-se aumento dos níveis séricos de CK de 3115 e CK-MB de 210, com restantes parâmetros laboratoriais sem alterações, pelo que ficou internado com diagnóstico de miosite viral. Durante o internamento houve progressiva melhoria clínica e laboratorial. À data da alta apresentava CK de 1959 e CK-MB de 50, sem mialgia em repouso ou provocada pela marcha.

**DISCUSSÃO**

A miosite aguda benigna da infância é geralmente uma doença auto-limitada e com bom prognóstico. Os autores pretendem, através deste caso clínico, ilustrar uma das principais causas de aparecimento súbito de dificuldade na marcha em crianças, que se apresenta muitas vezes com um quadro clínico típico, sendo essencial que o Médico de Família tenha sempre presente a possibilidade deste diagnóstico. Efetua-se ainda uma breve revisão da literatura relativamente à etiologia, diagnóstico diferencial, terapêutica e prognóstico desta patologia.



**Dislexia – dois casos clínicos**

Autores: Susana Carvalho

Instituições: USF Serpa Pinto. Porto.

**ENQUADRAMENTO**

A dislexia pode ser definida como uma dificuldade duradoura da aprendizagem da leitura e aquisição do seu mecanismo, em crianças inteligentes, escolarizadas, sem qualquer perturbação psíquica já existente. Tem uma prevalência de 5 a 10 % em crianças em idade escolar. As repercussões da dislexia são consideráveis quer a nível do sucesso escolar quer ao nível do comportamento da criança. O Médico de Família encontra-se numa posição privilegiada para reconhecer esta perturbação da aprendizagem. Perceber a sua natureza, os métodos usados para o seu diagnóstico e acompanhamento e os recursos disponíveis para ajudar a criança e a sua família é essencial para minimizar os efeitos desta perturbação e ajudar a criança a atingir o máximo do seu potencial.

**DESCRIÇÃO DOS CASOS**

A autora apresenta dois casos clínicos. O primeiro trata de uma criança do sexo masculino, de 5 anos de idade, com crescimento e desenvolvimento adequados até à idade escolar. Apresenta antecedentes familiares de dislexia (pai). Numa consulta de vigilância de saúde infantil a mãe manifesta alguma preocupação na dificuldade do filho em memorizar palavras e troca de letras na linguagem oral. No segundo caso é apresentada uma criança do sexo masculino de 7 anos de idade. Apresenta dificuldades de aprendizagem nomeadamente na leitura e escrita (inversão e omissão de letras, desrespeito pelas regras da linguagem), que é percebida numa consulta de vigilância. Apresenta, até esta altu-

ra, crescimento e desenvolvimento adequados, e não apresenta antecedentes familiares ou pessoais de relevo.

**DISCUSSÃO**

Com uma intervenção e educação adequada a maioria das crianças aprende a compensar e ajustar os seus défices de aprendizagem. A ausência de uma intervenção precoce e apropriada torna o prognóstico mais sombrio. O diagnóstico e acompanhamento dependem da colaboração de uma equipa multidisciplinar que inclui, necessariamente, pela sua proximidade com a criança e a sua família, o Médico de Família. A propósito destes dois casos são abordados os aspectos etiológicos, critérios de diagnóstico, evolução e prognóstico da dislexia.

**Nódulo da tiróide – quando a dúvida persiste...**

Autores: Lúcia Valente

Instituições: CS da Marinha Grande

**INTRODUÇÃO**

Os nódulos tiroideus são frequentemente encontrados na prática clínica, e o principal objectivo na sua avaliação é distinguir a existência de uma lesão benigna *versus* maligna. Interessa ao Médico de Família saber efectuar uma abordagem correcta desta entidade clínica e conhecer a importância dos vários exames auxiliares de diagnóstico a que pode recorrer.

**DESCRIÇÃO**

Apresenta-se o caso clínico de uma utente com 46 anos de idade, apresentada, pertencente a uma família nuclear que se enquadra na classe III da Escala de Graffard modificada. Como antecedentes pessoais destaca-se a existência de Diabetes Mellitus tipo 2, Dislipidemia e Depres-

são. Sem antecedentes familiares relevantes.

Em Novembro de 2004 recorreu à consulta do Médico de Família referindo «dificuldade em emagrecer». O exame objectivo não mostrava alterações e o estudo analítico veio revelar uma TSH ligeiramente aumentada, que não se confirmou em repetição posterior das provas da função tiroideia. Em Março de 2005 recorreu novamente à consulta, onde à inspecção lhe foi detectado um alargamento da base do pescoço, sem nódulos tiroideus palpáveis. Realizou ecografia da tiróide que mostrou a existência de uma formação nodular sólida, discretamente hipocogénica e com 16 mm de diâmetro. Foi então pedida nova ecografia com punção aspirativa do nódulo e respectivo estudo citológico, que revelou tratar-se de um tumor folicular. A doente foi referenciada à consulta de Cirurgia.

**CONCLUSÕES**

O nódulo tiroideu é, na maior parte dos casos, uma lesão benigna. No entanto, a possibilidade de se tratar de um carcinoma é sempre uma hipótese a considerar. Nódulos com dimensões iguais ou superiores a 1 cm devem sempre ser submetidos a citologia aspirativa com agulha fina. Quando esta revela a presença de um tumor folicular é impossível excluir com segurança a presença de um carcinoma até que haja um diagnóstico histológico definitivo, pelo que o seu tratamento deve ser cirúrgico.

**Herpes labial e dermatite de contacto medicamentosa: 2 casos clínicos**

Autores: Maria Chaves, Mónica Caetano

Instituições: CS da Carvalhosa e Foz do Douro. Porto.

**PERTINÊNCIA MGF/ENQUADRAMENTO**

O herpes labial, geralmente causado pelo vírus herpes simples tipo 1 (>85%), é uma patologia frequente na prática clínica. No nosso país estão disponíveis, sob a forma de venda livre, vários anti-víricos tópicos utilizados para o seu tratamento, sendo frequente a auto-medicação. Além de eficácia clínica duvidosa, estão descritos vários casos de dermatite de contacto a estes medicamentos. De acordo com as *Guidelines* internacionais (*Food and Drug Association-FDA*) o único fármaco indicado para terapêutica tópica do herpes labial é o penciclovir, que não está comercializado em Portugal.

O Médico de Família deverá estar atento a este facto para poder esclarecer os seus doentes e prevenir as complicações que advêm do uso dos anti-víricos tópicos disponíveis no nosso mercado.

**DESCRIÇÃO**

As autoras descrevem 2 casos clínicos de herpes labial recorrente agravados por dermatite de contacto a um anti-vírico tópico (Virumertz<sup>®</sup> creme) e discutem os aspectos clínicos, diagnóstico diferencial, meios auxiliares de diagnóstico e implicações terapêuticas da dermatite de contacto medicamentosa como factor de agravamento do herpes labial.

**Discussão**

Estes casos clínicos chamam a atenção para o facto de a utilização de anti-víricos tópicos se associar frequentemente a situações de DC medicamentosa. Na presença de agravamento do HL após aplicação de anti-vírico tópico, dever-se-á pensar na DC medicamentosa. A auto-medicação para tratar o HL recorrente é ainda muito frequente entre nós e facilitada pela venda livre dos anti-víricos tópicos. Os anti-víricos tópi-

cos disponíveis em Portugal (tromantadina e aciclovir) não estão recomendados no tratamento do HL. O único anti-vírico tópico recomendado no tratamento do HL é o penciclovir que não é comercializado no nosso

**Uma aventura na saúde**

**Autores:** Joaquim Barbosa, Andreia Magina, Margarida Rua, Isabel Silva, Ana Claudia, Antonieta Barbosa, Ana Baccello, Helena Beça, Rui Barbosa

**Instituições:** CS de Espinho

**ENQUADRAMENTO**

O Jogo «Uma Aventura na Saúde» surge inserido no projecto ICAS (Intervenção para Crianças na Área da Saúde) como metodologia utilizada em contexto escolar, pelo grupo de saúde escolar do Centro de Saúde de Espinho, destinando-se a trabalhar três grandes temáticas: Sexualidade (*identidade corporal e afectos*); Drogas (*tabaco e álcool*); Estilos de Vida Saudáveis (*alimentação e higiene corporal*).

Tendo nascido em 1999, o Jogo da Saúde foi no ano lectivo 2004/05 reformulado com o apoio das Ciências da Educação e Psicologia com o intuito de aumentar a qualidade e eficácia das intervenções de educação para a saúde em contexto escolar, mantendo o lúdico como metodologia.

**DESCRIÇÃO**

O Jogo foi concebido tendo em conta as crianças do 4º ano de escolaridade, do Concelho de Espinho, num total de 17 Escolas com 24 turmas e cerca de 445 alunos.

Foram realizadas 4 saídas por turma (entrevista com professor; pré-teste; jogar o jogo; pós-teste).

O ICAS constitui o personagem presente nas histórias e actividades do Jogo, representando também o logotipo do mesmo.

Constituição material do jogo:

*T-shirts* com o ICAS para os formadores; Certificados; Mascote do ICAS; 40 crachás com 4 frutas diferentes; dados; peões; cartões; folhas com tabelas de sentimentos e *puzzle* do logotipo do jogo construído pelas diversas equipas à medida que vão acumulando pontos de saúde.

No final do jogo é distribuído o «Brinde do ICAS» para montarem e jogarem, quer na escola, quer em casa.

**DISCUSSÃO**

Este projecto que contou com a colaboração da Câmara Municipal de Espinho, dos agrupamentos de escolas, apoios individuais na comunidade e recursos humanos e materiais do Centro de Saúde, constitui um bom exemplo de um projecto interdisciplinar que se pretende que seja avaliado de forma contínua, estando por isso sujeito a reformulação sempre que necessário.

No final do ano lectivo (Julho-2005) realizar-se-á um encontro com todos os professores do 1º ciclo dos agrupamentos de escolas contemplados com o objectivo de fazer o balanço do Projecto ICAS.

**Gerir saúde numa família complexa**

**Autores:** Rita João Cordeiro, Claudia Paulo, Isabel Jacob

**Instituições:** CS Norton de Matos. Coimbra.

**INTRODUÇÃO**

Na abordagem de um utente, o médico de família deverá ter em conta a componente familiar. Segundo Christie-Seely, existem alguns critérios de escolha de famílias a estudar com prioridade, nomeadamente quando estão presentes sintomas indefinidos em doentes com grande frequência de consultas, sobre-utilização dos serviços de saúde pelos diferentes elementos da família, pro-

blemas emocionais e dificuldade de apoio às doenças crónicas.

#### DESCRIÇÃO DO CASO

Doente do sexo feminino de 48 anos de idade, doméstica, recorre frequentemente à consulta (6/ano), com várias queixas, entre as quais cefaleia e vertigem e episódios depressivos. Numa tentativa de compreender esta situação, procedeu-se a uma avaliação familiar aprofundada. Pertence a um agregado familiar de cinco elementos, constituído ainda pelo marido e três filhos. O marido de 47 anos, serralheiro em Oliveira do Hospital, também com elevado número de consultas (7/ano), apresenta com frequência queixas psicossomáticas (osteoarticular, ORL). A filha mais velha de 20 anos, apresenta dificuldade na aprendizagem. O segundo filho de 15 anos, é portador de Síndrome de X-Frágil. A filha mais nova de 14 anos é autista com atraso de desenvolvimento.

Trata-se de uma família funcional em que o casal optou por viver separado durante parte da semana, de forma a proporcionar apoio especializado aos filhos em Coimbra.

#### DISCUSSÃO

O médico de família, perante a complexidade de problemas numa família, deve estar atento à maior probabilidade de patologias agudas nos diversos elementos e mostrar-se actuante no seu papel assistencial, de informação e mobilização de recursos.

#### Um aperto de mão «diagnóstico» – um caso clínico de acromegalia

**Autores:** Ana Margarida Coelho, Ascensão Ferreira, Margarida Grangeia  
**Instituições:** CS de Valongo; US Sobrado.

#### PERTINÊNCIA DO TEMA

A acromegalia resulta de um au-

mento da produção de hormona de crescimento, sendo uma manifestação permanente, que altera de forma negativa a imagem corporal destes doentes, com atingimento de vários órgãos. O diagnóstico feito atempadamente, por um clínico atento, permite minimizar estas consequências e aproximar a sobrevida dos valores da população normal.

#### DESCRIÇÃO

As autoras apresentam o caso clínico de um homem, com 34 anos de idade, que veio à consulta de recurso em Fevereiro de 2005, para renovação do Certificado de Incapacidade Temporária, após cirurgia por Síndrome do Túnel Cárpico em Janeiro de 2005. Ao apertar a mão ao doente, a médica notou um aumento desproporcional desta relativamente ao restante membro superior. Após observar atentamente as feições, foi notada uma *fácies* grosseira e prognatismo. Durante a realização de uma história clínica cuidada, o doente referiu apenas astenia. Quando inquirido sobre possíveis alterações corporais recentes, referiu que familiares próximos já o teriam alertado para este facto. Foi-lhe então pedido para voltar com fotografias antigas que confirmaram o aparecimento recente destas alterações. Após exame físico rigoroso e sugestivo de acromegalia, foi-lhe pedido radiografia do crânio, que revelou alargamento da sela turca. Foi então efectuada tomografia do crânio em Março de 2005, que mostrou um macroadenoma da hipófise com 4x4,6cm. Nesta data não apresentava ainda novas manifestações da doença, tendo sido referenciado aos cuidados de saúde hospitalares. Em Maio de 2005, enquanto aguardava a consulta, voltou ao Centro de Saúde com manifestações de hipertensão intracraniana – vômitos mati-

nais, náuseas, lentificação e agravamento da astenia. Nesta data foi enviado novamente aos cuidados hospitalares, onde repetiu tomografia do crânio e realizou provas de supressão hormonal que confirmaram o diagnóstico.

#### DISCUSSÃO

Este caso pretende ser um exemplo da importância de um olhar atento e de uma boa história clínica na suspeição de uma patologia, que pela sua raridade dificilmente constituiria uma primeira hipótese diagnóstica.

#### PALAVRAS-CHAVE

Síndrome do túnel cárpico, acromegalia, adenoma hipofisário, diagnóstico.

#### Cuidados paliativos domiciliários

**Autores:** José Eduardo Oliveira  
**Instituições:** CS Carvalhosa e Foz do Douro. Porto

#### ENQUADRAMENTO

A maioria das pessoas com doença em fase terminal desejariam falecer no seu domicílio. A possibilidade de oferecer cuidados integrais no domicílio faz com que os cuidados de saúde primários sejam o recurso de saúde mais apropriado nestes casos. Contudo os recursos humanos e materiais existentes são limitados, desorganizados e as famílias nem sempre tem o apoio que necessitam de modo a manterem as suas funções.

Neste caso clínico, são abordados problemas específicos relacionados com a organização da equipa e com os recursos materiais disponíveis.

#### DESCRIÇÃO DO CASO

O presente caso relata a assistência prestada ao um utente de 52 anos com um tumor cerebral maligno.

É casado e reside com a esposa fora da área de influência do centro de saúde.

Em 2004 iniciou quadro de cefaleias, tendo sido diagnosticado tumor cerebral. Foi operado, fez quimio e radioterapia até ao aparecimento de sintomas de hipertensão intracraniana. Iniciaram-se nessa altura visitas domiciliárias tendo-se verificado um agravamento progressivo do quadro clínico até não ser possível a utilização da via oral para alimenta-

ção e medicação. A alternativa aceite foi a realização da medicação e hidratação por via subcutânea.

O doente permaneceu no seu domicílio até 3 dias antes de falecer, sendo nessa altura internado na Unidade de Cuidados Continuados (UCC) do IPO-Porto.

#### DISCUSSÃO

O caso apresentado levanta algumas questões pertinentes reveladoras das dificuldades e potencialida-

des do nosso contexto actual. A maioria das situações surgidas pode ser resolvida no domicílio através da utilização da via sub-cutânea mantendo o conforto do doente.

A articulação permanente com a UCC proporcionou orientação técnica e o seu pronto internamento quando se tornou necessário.

#### PALAVRAS-CHAVE

Cuidados paliativos, domicílio, médico de família.

## Errata

As recomendações 2006 do Grupo de Estudo da Diabetes da APMCG<sup>1</sup>, publicado na Revista de Novembro/Dezembro de 2005, saiu com alguns erros. A pedido do GED, publica-se a seguinte errata:

- No quadro de diagnóstico de DG, onde se lê > deve ler-se sempre ≥.
- Nos quadros «Indicação de Rastreio Oportunistico» e «Objectivos de tratamento», onde se lê **ADA 2005**, deve ler-se **adaptado de ADA 2005**
- No quadro «Vigilância periódica» a frase «Periodicidade a ser estabelecida consoante o perfil de risco» pertence a todos as actividades de vigilância cardiovascular nos diabéticos com complicações.

1. Grupo de Estudos da Diabetes da APMCG. Recomendações 2006 do Grupo de Estudos da Diabetes da APMCG na diabetes tipo 2 para a prática clínica diária em cuidados de saúde primários Rev Port Clin Geral 2005;21:625-9.