**INTERNATO DE FORMAÇÃO ESPECIALIZADA EM MEDICINA GERAL E FAMILIAR**

Coordenação de Internato de Medicina Geral e Familiar da Zona Norte

Direção de Internato Nuno Grande II

janeiro de 2025

Documento elaborado para fins de

Prestação de Provas Curriculares

Candidato: **Daniel Martinho Ferreira Dias** OM 63783

Orientadora de Formação: **Dra. Ana Garrido** OM 47354

Unidade de Formação:

Unidade de Saúde Familiar Ao Encontro da Saúde,

Unidade Local de Saúde do Médio Ave

**NOTA EXPLICATIVA**

O presente documento foi redigido tendo em conta:

• As "Orientações para a elaboração do *Curriculum* *Vitæ*" e os "Esclarecimentos relativos ao preenchimento da Grelha de Avaliação Curricular” publicados pelo Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos;

• O "Esclarecimento à grelha do Colégio” disponibilizado no *website* da Administração Regional de Saúde do Norte, na secção referente aos exames de 2024.

• O novo acordo ortográfico em vigor e teve em consideração o "Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados 2016/679" do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016.

**ESTRUTURA**

Os três volumes que constituem o documento foram entregues por via electrónica para [*examesfinais.cimgfzn@arsnorte.min-saude.pt*](mailto:examesfinais.cimgfzn@arsnorte.min-saude.pt)a 10 de fevereiro de 2025.

• **Volume I**: *Curriculum Vitæ*;

• **Volume II:** Trabalhos científicos e outros elementos de valorização curricular;

• **Volume III**: Documentos comprovativos.

O **volume I** corresponde a um único ficheiro, e apresenta referência aos documentos anexos nos restantes volumes. Para os **Volumes II e III** foi adotada a seguinte codificação: número do volume (numeração romana), número do capítulo do documento (numeração árabe), número do subcapítulo (numeração árabe), documento no capítulo (letra) pela ordem de citação no volume I, separados por pontos, e entre parêntesis retos. Exemplo: [II.1.1.A] remete ao Volume II, Capítulo 1, Seção 1, Documento A.

VOLUME I

*Candidato*

Daniel Martinho Ferreira Dias

*Documento a ser submetido à prova de discussão curricular de avaliação final do internato médico de formação especializada em Medicina Geral e Familiar*

**Contactos:** 5519452@ulsmave.min-saude.pt | Telemóvel: 00351 914249161

# DEDICATÓRIA

*Gostaria de agradecer, em primeiro lugar, ao meu pai, à minha mãe e à minha avó, pelo esforço e dedicação ao longo deste percurso, por terem acreditado em mim e me terem proporcionado condições para que pudesse chegar a este ponto, mesmo perante as adversidades, de saúde, financeiras e da vida em geral. Se cheguei mais longe, foi porque estava em cima dos ombros de gigantes.*

*À Dra. Ana, minha orientadora, por me ter mostrado pelo exemplo dos seus atos, ter estado sempre para mim, por me ter ensinado uma forma de ser e de estar na vida, não apenas com palavras, mas com o exemplo de cada dia. Desejo que continue igual a si mesma, e que as pressões da vida nunca moldem o ser fantástico que é.*

*À minha Inês, pelo amor e pelo apoio incondicional. Sabes o quão o teu abraço torna o meu dia melhor. Recharge.*

*Ao Bernardo e à Mafalda, por me mostrarem encherem o coração. Don’t worry, be happy.*

*Aos meus colegas de internato, em particular, à Jacinta, companheira de batalha e a melhor MGF de todos nós, ao Eduardo, pela irreverência, visão e conhecimento, à Beatriz, pela atitude, amizade, e conversas tecnológicas e ao Fernando, prova viva da verdadeira resiliência. Obrigado a todos pelo companheirismo, partilha e espírito de aventura.*

*Aos meus amigos do secundário, com quem cresci, cresço e que são os meus amigos de sempre – a mais incríveis viagens de férias e a jantares natalícios acolhedores até que a barba branca seja a nossa.*

*Aos meus amigos da urgência, por me terem dado uma lufada de ar fresco numa altura mais complicada da vida, pelas gargalhadas de princípio ao fim de cada jantar, e pelo fraterno abraço mesmo que passem meses sem nos revermos.*

*À restante família que teve palavras, presença, e ajuda em momento difíceis.*

*Aos colegas de profissão que souberam cuidar de mim e dos meus familiares, quando estive do outro lado da secretária.*

Índice

[DEDICATÓRIA 4](#_Toc189863358)

[I. NOTA BIOGRÁFICA E COMENTÁRIO FINAL 6](#_Toc189863359)

[1.1. Identificação 6](#_Toc189863360)

[1.2. Formação 6](#_Toc189863361)

[1.3. Comentário final 7](#_Toc189863362)

[II- ATIVIDADE CLÍNICA EM MEDICINA GERAL E FAMILIAR 8](#_Toc189863363)

[2.1. Caracterização do contexto do estágio 8](#_Toc189863364)

[2.1.1. Caraterização da comunidade 8](#_Toc189863365)

[2.1.2. Caracterização sumária da Unidade de Saúde de colocação e seu funcionamento 9](#_Toc189863366)

[2.1.3. Caracterização geral da “lista de utentes” 10](#_Toc189863367)

[Objetivos 10](#_Toc189863368)

[Metodologia: 10](#_Toc189863369)

[2.1.4. Outros contextos de estágios formativos 18](#_Toc189863370)

[2.2. Planeamento e Organização de Atividade/Gestão do Tempo 20](#_Toc189863371)

[2.2.1. Sistema de Registo de Dados, Fonte de Dados e Monitorização de Resultados 20](#_Toc189863372)

[2.2.2. Acesso aos Cuidados 21](#_Toc189863373)

[2.2.3. Organização da Consulta 23](#_Toc189863374)

[2.3. Atividades Assistenciais 24](#_Toc189863375)

[2.3.1. Análise global das atividades efetuadas pelo candidato 25](#_Toc189863376)

[2.3.2. Abordagem dos utentes com problemas de saúde episódicos (consulta aberta) 29](#_Toc189863377)

[2.3.3. Caraterização dos problemas de saúde prevalentes – grupos de risco 30](#_Toc189863378)

[2.3.4. Vigilância de grupos com necessidades específicas 36](#_Toc189863379)

[2.3.5- Caracterização das visitas domiciliárias efetuadas 41](#_Toc189863380)

[2.3.6. Aplicação de procedimentos preventivos 42](#_Toc189863381)

[2.3.7. Descrição de outras atividades desenvolvidas 44](#_Toc189863382)

[2.4. Promoção Institucional 46](#_Toc189863383)

[2.4.1. Prestação de cuidados de saúde a grupos com necessidades especiais 46](#_Toc189863384)

[2.4.2. Organização e dinamização de sessões clínicas 46](#_Toc189863385)

[2.4.3. Organização e dinamização de núcleos de formação e/ou documentação 47](#_Toc189863386)

[2.4.4. Colaboração na criação ou atualização de protocolos de atuação 47](#_Toc189863387)

[2.4.5. Participação em atividades de educação para a saúde 47](#_Toc189863388)

[2.4.6. Outros 47](#_Toc189863389)

[III – CURSOS FREQUENTADOS 47](#_Toc189863390)

[2.5.1. Organização de jornadas/congressos/outros 47](#_Toc189863391)

[2.5.2. Ações de formação não conferentes de grau 48](#_Toc189863392)

[2.5.3. Programa de mestrado ou doutoramento com interesse para a MGF 48](#_Toc189863393)

[IV. TRABALHOS CIENTÍFICOS 48](#_Toc189863394)

[3.1. Publicações Indexadas 48](#_Toc189863395)

[3.1.1. Web of Science 48](#_Toc189863396)

[3.1.2. IndexRMP 49](#_Toc189863397)

[3.2. Trabalhos apresentados 49](#_Toc189863398)

[V. OUTROS ELEMENTOS DE VALORIZAÇÃO CURRICULAR 52](#_Toc189863399)

[4.1. Participação na formação de outros profissionais (orientação de IAC, internos, estudantes) 52](#_Toc189863400)

[4.2- Outras atividades médicas não descritas anteriormente (ex.: projetos de voluntariado ou de intervenção social) 53](#_Toc189863401)

[4.3- Participação ativa em organizações socioprofissionais e outras associações 53](#_Toc189863402)

[4.4- Prémios obtidos em Encontros de expressão nacional ou internacional, provenientes de organizações científicas de relevo ou de instituições de saúde regionais ou nacionais 53](#_Toc189863403)

# I. NOTA BIOGRÁFICA E COMENTÁRIO FINAL

## 1.1. Identificação

Nome completo: Daniel Martinho Ferreira Dias

Nome clínico: Daniel Martinho Dias **|** Número de ordem: 63783

Secção: Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos (inscrito desde 2017)[III.1.1.A]

Data de nascimento: 19-10-1993 **|** Cartão de Cidadão nº 14303512 6ZW0[III.1.1.B]

Naturalidade: Fradelos, Vila Nova de Famalicão | Nacionalidade: Portuguesa

Filiação: Isabel Maria Ferreira da Silva Dias, José Manuel Miranda Dias

Residência: Rua do Passal, 60, 3º A, 4760-268, Ribeirão, Vila Nova de Famalicão

Contacto telefónico: 914249161 | E-mail: [5519452@ulsmave.min-saude.pt](mailto:5519452@ulsmave.min-saude.pt)

## 1.2. Formação

Tabela 1: Estágios, Formação e Avaliação do Candidato no período 2021-2024

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data** | **Formação** | **Local** | **Avaliação de Desempenho** | **Avaliação de Conhecimentos** |
| 2021 | MGF1 | USF-AES | 19,0 | 15,6 |
| SU em Cirurgia (96h) | CHUSJ |
| SU Cirurgia Geral | CHUSJ |
| 2022 – 2023 | MGF2 | USF-AES | 19,50  (MGF2 –  1º ano)  19,5 (MGF2 – 2º ano) | 19,06  (MGF2 –  1º ano)  17,35  (MGF2 –  2º ano) |
| Saúde Infantil | CHUSJ |
| Saúde Mental | CHUSJ |
| Dermatologia | CHUSJ |
| Métodos Investigação | CINTESIS |
| Neurologia | CHUSJ |
| Saúde da Mulher | CHUSJ |
| SU Medicina Interna | CHUSJ |
| Cardiologia | CHUdSA |
| Estágio Noutra Unidade de Saúde\* | USF-H, ULSM |
| 2024 | MGF3 | USF-AES | 19,50 | 18,44 |
| Legenda: MGF – Medicina Geral e Familiar; SU – Situações de Emergência e Urgência; USF-AES – Unidade de Saúde Familiar Ao Encontro da Saúde, Unidade Local de Saúde do Médio Ave; CHUSJ – Centro Hospitalar Universitário de São João, Unidade Local de Saúde de São João. CHUdSA  - Centro Hospitalar Universitário de Santo António, Unidade Local de Saúde de Santo António. USF-H: Unidade de Saúde Familiar Horizonte. ULSM – Unidade Local de Saúde de Matosinhos. CINTESIS - Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde. | | | | | |

O candidato completou em 2011 o ensino secundário na Escola Secundária D. Sancho I, em Vila Nova de Famalicão, com a classificação final de 19,7 valores [III.1.2.A]. Frequentou o Mestrado Integrado em Medicina, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (2011-2017), tendo-o concluído com a classificação de 15,3 valores [III.1.2.B]. Encontra-se inscrito na Ordem dos Médicos (OM) desde 2017, sob o nome clínico Daniel Martinho Dias, com o número de cédula profissional 63783 [III.1.1.A]. Realizou o Ano Comum em 2018 no Centro Hospitalar de São João (CHUSJ) [III.1.2.C]. Após realização da prova Nacional de Acesso (PNA) em novembro de 2019 (com a classificação de 95 em 150 pontos), ingressou no Internato de Formação Especializada em Medicina Geral e Familiar (MGF) a 4 de janeiro de 2021, na USF Ao Encontro da Saúde (USF-AES), pertencente ao extinto Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) de Santo Tirso/Trofa (ex-ACeS-STT), integrada desde 2024 na Unidade Local de Saúde do Médio Ave (ULSMAve), e ao abrigo da Direção de Internato (DI) Nuno Grande (mais tarde, DI Nuno Grande II), sob a orientação da Dra. Ana Garrido, Assistente em Medicina Geral e Familiar. O Plano Pessoal de Formação (PPF) foi definido com a Orientadora de Formação (OF) [III.1.2.D], dando cumprimento ao programa formativo do Internato de MGF, ponderadas as capacidades formativas hospitalares e os objetivos do candidato. O candidato concluiu a Formação Específica em dezembro de 2024 (classificação final: 18,49 valores). [III.1.2.E]

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data** | **Formação** | **Local** | **Nº horas** | **Tipologia** |
| 2021 | Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências | CRI Porto Ocidental – CD Santo Tirso | 32 | FC |
| Enfermagem da Comunidade | USF-AES | 35 | FC |
| Prática Clínica com outro Médico de Família | USF-AES | 40 | FC |
| Rastreios Cancro Colo Útero | USF-AES | 30 | FC |
| Gestão de Utente em TraceCOVID | USF-AES | 23 | FC |
| 2024 | Cessação Tabágica | USF-V | 25 | FC |
| ECCI | UCC Provida | 24 | FC |
| Legenda: FC – formações curtas. CRI – Centro de Respostas Integradas, CD – Consulta Descentralizada; USF-AES – Unidade de Saúde Familiar Ao Encontro da Saúde, Unidade Local de Saúde do Médio Ave; USF-V – Unidade de Saúde Familiar Vil’Alva, Unidade Local de Saúde do Médio Ave; ECCI – Equipa Cuidados Continuados Integrados. UCC Provida – Unidade Cuidados da Comunidade Provida, Unidade Local de Saúde do Médio Ave. | | | | |

Tabela 2: Formações curtas realizadas pelo Candidato.

## 1.3. Comentário final

O percurso de Medicina Geral e Familiar apresenta desafios – que, em autoavaliação, o candidato considera ter ultrapassado e atingido as competências formativas previstas. A evolução do processo formativo requer a aprendizagem clínica propriamente dita, em que se adquirem competências técnicas ao nível da abordagem preventiva, diagnóstica e terapêutica, mas também uma segunda fase que requer a aquisição de competências ao nível da gestão clínica (volume de contactos, gestão de tempo de consulta, gestão de prioridades clínicas e gestão organizacional). Se a primeira é essencial para a qualidade de cada ato clínico realizado, a segunda é fundamental para o sucesso de uma carreira em Medicina Geral e Familiar. Foi nesta segunda etapa que o Candidato sentiu mais dificuldades, em especial na gestão do tempo de consulta *versus* número de queixas/motivo de consulta dos utentes. No âmbito das estratégias utilizadas para vencer as dificuldades encontradas, para além da procura de um melhor domínio das abordagens diagnósticas e terapêutica propriamente ditas pela formação, para ultrapassar as dificuldades encontradas, o candidato procurou sistematizar a colheita de alguns pontos da anamnese e registá-los no SOAP, nomeadamente as consultas hospitalares (com último plano, data e data da próxima consulta), vigilâncias personalizadas regulares, grau de autonomia do utente e responsável pela gestão da medicação crónica (estes dois últimos no caso dos idosos), e componente social (co-habitantes e relacionamentos). Embora tal tenha gerado mais consumo de tempo no início da sua implementação, o candidato considera ter beneficiado de menor consumo de tempo na integração de informação das queixas com os antecedentes e seguimentos ativos ou passados no utente, facilitando o processo de tomada de decisão clínica, em tempo e em segurança. Considerando a sinalização dos sucessos alcançados, para além do resultado das avaliações de desempenho e das avaliações de conhecimentos, gostaria de salientar que como “métrica de sucesso” as palavras de alguns utentes com o agradecimento de os ter eventualmente ajudado nalguma esfera da sua vida – saúde física, mental ou social – sendo essa métrica, subjetiva e não mensurável, um reconhecimento de uma medicina próxima do utente e das suas circunstâncias. Não auxiliei todos os utentes – uns por inexperiência, outros por falta de conhecimentos, outros pela inevitabilidade do seu prognóstico – mas gosto de acreditar que terei seguido a máxima do heterónimo de Pessoa *“Põe tudo quanto és no mínimo que fazes”.*

# II- ATIVIDADE CLÍNICA EM MEDICINA GERAL E FAMILIAR

## 2.1. Caracterização do contexto do estágio

### 2.1.1. Caraterização da comunidade

|  |  |
| --- | --- |
| Tabela 3: *Dados estatísticos do concelho da Trofa, onde se insere a Unidade de colocação do Candidato.* | |
| **Área** | 72,02 Km2 |
| **Constituição** | 8 freguesias |
| **Fronteira** | Vila Nova de Famalicão, Santo Tirso, Maia, Vila do Conde |
| **População residente** | 38548 habitantes |
| **Sexo masculino** | 47,9 % |
| **Densidade populacional** | 535,39 habitantes/m2 |
| **Salário médio** | 1113€ |
| **Parque escolar** | Pré-escolar a Secundário |
| **Índice Envelhecimento** | 159,4 |
|  | |

Conhecer o contexto comunitário em que os utentes estão inseridos permite ao Médico de Família (MF) utilizar de forma eficiente os recursos disponíveis e adaptar as intervenções. A USF Ao Encontro da Saúde localiza-se na Trofa, cidade situada no distrito do Porto. Alguns dados estatísticos podem ser encontrados na tabela. Relativamente à idade, o município da Trofa pode ser considerado jovem (51º em Portugal e 17º no Norte com menor índice de envelhecimento), e o 22º da região Norte com maior proporção de população jovem (12,5% em 2021)[[1]](#footnote-1),[[2]](#footnote-2). No que respeita ao emprego1,2, a empregabilidade do município depende, essencialmente, dos setores terciário (53,9%) e secundário (44,8%), predominando os operários, artífices e trabalhadores similares. No total da população residente entre os 15 e os 64 anos, 4,5% eram desempregados inscritos no Instituto do Emprego e Formação Profissional (IEFP). Em relação à escolaridade1,2, com uma oferta formativa até ao secundário, cerca de 39,2% da população trofense tem o ensino secundário completo e apenas 15,3% tem o ensino superior. A taxa de analfabetismo é de 2,2%, valor ligeiramente inferior ao registado na região Norte (3,0%) e a nível nacional (3,1%).

|  |
| --- |
| Uma imagem com captura de ecrã, Gráficos, Saturação de cores, texto  Os conteúdos gerados por IA poderão estar incorretos. |
| Figura 1: Qualidade do ar da Trofa (aproximação) medida pela estação de Burgães. Extraído de European Air Quality Index <https://airindex.eea.europa.eu/AQI/index.html> 4/Fev/2025. |

No que respeita a atividade física[[3]](#footnote-3), no concelho da Trofa, há muitos espaços dedicados à prática desportiva (incluindo piscina e ginásio municipais) e existem vários parques/espaços verdes, que complementam a oferta desportiva e convidam a momentos de lazer. Há projetos implementados tal como o projeto *Diabetes em Movimento* que consiste em atividade física gratuita e acompanhada por profissional para utentes diabéticos. No que respeita ao abastecimento público de água3, este chega a 93% dos alojamentos, o sistema de drenagem de águas residuais a 97%. A água da rede pública para consumo humano é considerada de muito boa qualidade, com uma proporção de análises com cumprimento de critérios de qualidade de 99,9%, em 2021. A qualidade do ar é inferida pelo índice de qualidade do ar, determinado com base na informação relativa aos poluentes atmosféricos avaliados na estação do município vizinho de Santo Tirso, que pode ser consultado no site da *European Air Quality Index (ver figura 1).* A qualidade do ar é adequada na maior parte dos dias do último ano de ressalvar, contudo, o monitor se encontra num meio urbano, o que pode piorar os resultados. A acessibilidade3 favorece a prestação de cuidados e encontra-se caracterizada em 2.2.2.1. No que respeita aos recursos públicos de saúde, os Cuidados de Saúde Primários (CSP) são assegurados pelas unidades funcionais pertencentes aos CSP da ULS Médio Ave (ULSMAve). A nível dos cuidados secundários, a população é servida pelas unidades hospitalares de Famalicão e de Santo Tirso da ULSMAve. Relativamente à Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados[[4]](#footnote-4), a ULSMAve dispõe uma unidade de convalescença, duas unidades de média duração, duas unidades de longa duração, e cinco unidades de ambulatório - equipas de cuidados continuados integrados domiciliários (ECCI), integradas em Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC). Além disso, na dependência do Centro de Respostas Integradas (CRI) Porto Ocidental, existe em Santo Tirso a consulta descentralizada. A nível de recursos de saúde privados, na Trofa, a população pode recorrer a serviços de saúde privados, farmácias, laboratórios de análises clínicas, centros de imagiologia, de fisiatria e medicina dentária. A unidade de hemodiálise mais próxima fica no concelho de Santo Tirso. Há uma corporação de bombeiros na Trofa (e quatro outras nos concelhos abrangidos pela ULS). De acordo com o Diagnóstico de Situação de Saúde Santo Tirso/Trofa 2023, as principais causas de mortalidade nos concelhos de Santo Tirso e Trofa foram, na população com menos de 75 anos, os tumores malignos, seguindo-se as doenças do aparelho circulatório, as doenças do aparelho respiratório e do aparelho digestivo. Os principais determinantes de saúde identificados, através da codificação a nível dos CSP são: dislipidemia, excesso de peso, obesidade, abuso do tabaco, abuso crónico do álcool, e abuso de drogas. Já nos que respeita aos problemas, a dislipidemia (T93), a hipertensão (K86/K87), a obesidade (T82), as perturbações depressivas(P76), e a diabetes (T89/T90), são os principais problemas identificados.

### 2.1.2. Caracterização sumária da Unidade de Saúde de colocação e seu funcionamento

A USF-AES iniciou a sua atividade em 18/12/2007 e transitou para o modelo B a 1/05/2009. O objetivo principal é prestar cuidados de saúde personalizados aos utentes inscritos, assegurando responsabilidade, competência, acessibilidade, globalidade, qualidade e continuidade dos serviços prestados. [[5]](#footnote-5) A área de influência abrange a União de Freguesias do Coronado (São Romão e São Mamede) e Covelas (concelho da Trofa). Contudo, devido à proximidade geográfica, a unidade também presta cuidados a um número significativo de utentes residentes na freguesia de Folgosa (concelho da Maia).[[6]](#footnote-6) A 30 de novembro de 2024, USF-AES contava com 10274 utentes inscritos[[7]](#footnote-7), com uma média de 1712 utentes e 2212 unidades ponderadas (UPs) por MF.

A estrutura orgânica da USF é composta pela Coordenadora, Dr.ª Ana Garrido, pelo Conselho Técnico (CT), constituído pela Dr.ª Ana Patrícia Dias, pela Enf. Viviana Magalhães e pela Secretária Clínica (SC) Lúcia Magalhães, e pelo Conselho Geral (CG), integrado por todos os membros da equipa. Em 2024, a equipa era constituída por 6 Médicos de Família (MF), 6 Enfermeiras e 4 SC. Cada lista de utentes é gerida por uma microequipa, composta por um representante de cada grupo profissional. A unidade tem idoneidade formativa e participa na formação de alunos de medicina e enfermagem, Internos de Formação Geral (IFG) e Internos de Formação Especializada (IFE) em Medicina Geral e Familiar (MGF). Em 2024, contava com 4 IFE sob a sua supervisão. A USF AES funciona num edifício próprio localizado na Rua Vasco Santana, na União de Freguesias do Coronado, próximo do extremo sul do município da Trofa e da fronteira com o concelho da Maia. O edifício está adaptado para utentes com mobilidade reduzida, apesar das suas evidentes deficiências estruturais e de conservação, encontrando-se prevista uma intervenção para melhorias. Existe um gabinete por médico, um gabinete destinado aos internos e três gabinetes de enfermagem, que são partilhados pelas enfermeiras. O horário de funcionamento da USF é das 8:00 às 20:00, nos dias úteis. A consulta programada (CP) abrange as tipologias: saúde de adulto (SA), abrangendo também a saúde do idoso e os Certificado Incapacidade para o Trabalho (CIT); consulta de hipertensão (HTA); Saúde Infantil e Juvenil (SIJ); Saúde Materna (SM); Planeamento Familiar (PF); Rastreio do Cancro do Colo do Útero (RCCU); Diabetes mellitus (DM); consulta dos 5 dias (consultas a agendar em 5 dias úteis) e consulta domiciliária (CD). As consultas de SIJ, SM, PF, RCCU e DM são consideradas consultas de equipa, uma vez que existe uma consulta de enfermagem que antecede a consulta médica, e são agendadas com periocidade que respeita as normas e orientações da DGS e Planos Nacionais de Saúde. É também o agendamento pelo portal do SNS, via E-agenda. Já consulta não programada (CNP) está acessível durante o funcionamento diário da unidade para dar resposta a situações de doença aguda. A consulta não presencial (consulta indireta) trata-se de uma consulta sem a presença física do utente e que se destina à renovação de medicação crónica, cuidados respiratórios domiciliários, fisioterapias, terapia da fala ou terapia ocupacional, registo de informação de outros profissionais, elaboração de relatórios médicos, avaliação e registo de exames auxiliares de diagnóstico, e contactos telefónicos. O **circuito do utente** deve ser o mais claro possível para melhor prestação de cuidados e diminuição do tempo de espera (vide 2.2.2 para *Acesso aos Cuidados*). Importa destacar que a USF Ao Encontro da Saúde obteve a certificação de nível “Bom” pelo Departamento de Qualidade da Direção-Geral da Saúde (DGS) em 2019, tendo sido novamente certificada em 2024.

### 2.1.3. Caracterização geral da “lista de utentes”

#### Objetivos:

Encontram-se estabelecidos os seguintes objetivos para o estudo da lista de utentes da orientadora de formação (LOF):

* Caraterização demográfica (pirâmide etária – sexo e idade, índices demográficos, local de residência);
* Caraterização familiar (agregado familiar, tipologia familiar, ciclo de vida familiar de Duvall, risco familiar);
* Caraterização socioeconómica (classificação social de Graffar, escolaridade, situação profissional, profissão);
* Descrição da dinâmica da LOF;
* Caraterização do estado de saúde (problemas de saúde mais frequentes da lista);
* Caraterização sumária do perfil de utilização e outros indicadores de desempenho relevantes.

#### 

#### Metodologia:

* **Tipo de Estudo**: Estudo transversal, observacional e descritivo.
* **Período de Estudo**: A informação apresentada tem por base a constituição da lista de utentes a 30 de julho de 2023.
* **População e amostragem**: O estudo de lista tem como população a LOF do candidato, em 2023 (2º ano de MGF2 do candidato). Foi realizado cálculo de tamanho amostral com recurso ao programa Raosoft®, considerando uma margem de erro de 5% e intervalo de confiança de 95%, para uma estimativa de prevalência de 50%. Foi realizada uma aleatorização simples da LOF, com recurso ao programa Microsoft Excel®, tendo sido garantida a anonimização dos dados. Os dados foram tratados com recurso ao programa supracitado, em ficheiro protegido por palavra-passe.
* **Recolha de dados**: Efetuada nos meses de outubro e novembro de 2023.
* **Fonte de dados**: Os dados para o estudo da LOF foram extraídos das plataformas SClinico® (processo clínico eletrónico do utente), MIM@UF (Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais), BI-CSP® (Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários), RNU® (Registo Nacional do Utente) e SINUS®.
* **Registo e tratamento dos dados**: o registo, codificação e tratamento dos dados obtidos foi efetuado com recurso ao programa Microsoft Excel 2019®, em folhas de cálculo desenvolvidas pelo candidato.

#### Caracterização Sociodemográfica

Em novembro de 2023, de acordo com o MIM@UF, a LOF era constituída por 1810 utentes, a 16,83 % da totalidade da população inscrita na USF Ao Encontro da Saúde (n=10757). Destes, 47,26% (n= 861) eram do sexo masculino e 52,74 (n= 961) eram do sexo feminino, À LOF, corresponde um total de 2278,5 unidades ponderadas (UP). A média (desvio-padrão) de idade dos utentes era de 43,43 (22,22) anos, com uma mediana (IQR) de 45 (26 – 61), compreendida entre os 0 e os 101 anos.

|  |
| --- |
|  |
| Figura 2 - Número absoluto de utentes inscrito na LOF. Fonte: MIM@UF, 30/07/2023 |

Analisando a pirâmide etária da LOF, verifica-se uma base mais estreita (apesar de ainda existir um número importante de crianças e adolescentes), com alargamento progressivo na maioria dos grupos etários referentes à idade ativa (exceção para a faixa etária dos 20 aos 24 anos), e com novo e progressivo estreitamento a partir do grupo etário dos 60 a 64 anos, inclusive.

Pelos índices frequentemente utilizados para melhor caraterização das populações, constata-se, segundo o Índice de Fritz (57.65), a presença de uma população envelhecida, que é representada graficamente, de acordo com o índice de Sundbärg, por uma pirâmide etária regressiva (26.85<90.81). Pelo índice de Burgdöfer (0.25), confirma-se a presença de uma população envelhecida.

Tabela 4: Grupos etários da USF-AES e da LOF por grupos funcionais, 07/2023. Fontes: DSS-ST 2023 e BI-CSP®

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Grupos Funcionais** | **Continente** n (%) | **Norte** n (%) | **Ex-ACeS** n (%) | **USF-AES** n (%) | **LOF** n (%) |
| População jovem (0-14) | 1264697 (12,83) | 440165 (12,27) | 12165 (11,4) | 1180 (10,98) | 225 (12,34) |
| População ativa (15-64) | 6256742 (63,48) | 2336165 (65,14) | 69743 (65,60) | 7253 (67,48) | 1251 (68,59) |
| População idosa (≥65) | 2334470 (23,69) | 810256 (22,59) | 24349 (22,9) | 2316 (21,55) | 348 (19,08) |

A estratificação dos grupos etários em grupos funcionais (tabela 4) permite a divisão da população em jovem, ativa e idosa. Quando se analisam os grupos funcionais, a população jovem é inferior à população idosa (12.34% *versus* 19.08%). Comparativamente com o ex-ACeS-STT, a LOF apresenta uma percentagem ligeiramente superior de população em idade ativa e em idade jovem, com uma menor percentagem de população idosa – apesar de manter uma pirâmide regressiva e uma população envelhecida. Já no que respeita à comparação com o resto do país, a LOF apresenta uma menor percentagem de população jovem, mas também de população idosa, mantendo-se uma ligeira percentagem superior de população em idade ativa.

Tabela 5: Índices demográficos do Continente, Norte, Trofa, USF Ao Encontro da Saúde e LOF em julho de 2023.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Índices** | **Continente1** | **Norte1** | **Concelho da Trofa1** | **USF AES2** | **LOF2** |
| Índice de Envelhecimento | 182,1 | 188,3 | 156,0 | 196,3 | 154,7 |
| Índice de Longevidade | 48,7 | 46,5 | 43,0 | 34,6 | 43,4 |
| Índice de Dependência de Jovens | 20,2 | 19,0 | 16,3 | 16,27 | 18,0 |
| Índice de Dependência de Idosos | 36,8 | 35,9 | 31,9 | 31,9 | 27,8 |
| Índice de Dependência Total | 57,0 | 54,9 | 48,2 | 48,2 | 45,8 |
| **Legenda:** USF AES – USF Ao Encontro da Saúde. LOF – lista de utentes da Orientadora de Formação. Fontes: PORDATA1; BI-CSP®2. | | | | | |

A estratificação de acordo com os grupos funcionais previamente mencionados é igualmente útil para o cálculo de índices demográficos (Tabela 5). A LOF apresenta um índice de envelhecimento inferior aos restantes locais explanados, e apesar da população jovem também ser inferior à população idosa, esta diferença é inferior. Assim, o índice de dependência de jovens é superior e o índice de dependência de idosos é inferior aos índices do Continente, Região Norte, Concelho da Trofa e a USF-AES. A maioria dos utentes da LOF encontra-se em idade ativa (68.59%), à semelhança da unidade, do ex-ACeS-STT, do Norte e do Continente, refletindo uma eventual maior necessidade de horário de consultas em horários pós-laboral.

Em relação ao local de residência, à data de julho de 2023, a lista era constituída por utentes de 66 freguesias diferentes, contudo, a maioria dos utentes da LOF residia numa das freguesias do Concelho da Trofa, nomeadamente na União das freguesias do Coronado (São Romão e São Mamede) (n=1016), Covelas (n=184) e União das freguesias de Bougado (São Martinho e Santiago) (n=114). De referir também um número relevante de utentes de concelhos limítrofes, como a Maia (freguesias de Folgosa, n=196; Castêlo da Maia, n=30; São Pedro Fins; n=27; Muro, n=12; Cidade da Maia, n=10), Valongo (freguesia de Alfena, n=28), Ermesinde (n=21), Santo Tirso (freguesia de Água Longa, n=10), e de Vila Nova de Famalicão (freguesia de Lousado, n=10).

|  |
| --- |
|  |
| Figura 3: Número de elementos por agregado familiar da LOF. Fonte: MIM-UF® |

#### Caraterização Familiar

Em julho de 2023, a LOF era constituída por 773 processos familiares, com uma média de 2,4 elementos por agregado familiar (mínimo 1; máximo 6). De destacar que 28,5% (n=209) dos agregados da LOF eram unitários. No caso dos idosos, famílias unitárias constituem causa de particular preocupação, dada a maior probabilidade de ausência de rede de suporte. É possível, contudo, que estes dados estejam sobrevalorizados, uma vez que a fonte são as famílias administrativas, ou seja, pessoas incluídas no mesmo número operacional (NOP) na USF-AES. Estes

|  |  |
| --- | --- |
| Tabela 6: Distribuição do Tipo de Família | |
| Tipo de Família | n (%) |
| Nuclear | 147 (56,98) |
| Unitária | 12 (4,65) |
| Monoparental | 37 (14,34) |
| Reconstruída | 49 (18,99) |
| Alargada | 13 (5,04) |

processos familiares administrativos podem não corresponder ao real agregado familiar, ou seja, às pessoas que efetivamente coabitam no mesmo lar. No decorrer das consultas, sempre que possível, o

candidato procurou atualizar a informação relativa aos agregados

|  |
| --- |
|  |
| Figura 4: Fases do Ciclo de Vida de Duvall na LOF – frequência por categoria. 07/2023. Fonte: SClinico® |

familiares, bem como incluir informação sobre o apoio familiar e suporte social disponível. Para os restantes elementos da caraterização familiar, o candidato recorreu a um processo de amostragem aleatória da LOF - constituída por 1824 utentes (773 processos familiares), após determinar o tamanho amostral com recurso ao programa Raosoft® (margem de erro de 5%; intervalo de confiança de 95%; prevalência populacional de 50%). A amostra necessária calculada foi de 318 utentes e de 258 utentes, para variáveis de nível do utente e para variáveis de nível de agregado familiar, respetivamente. A amostragem aleatória simples foi realizada

com recurso à função RAND do Microsoft Excel®, com aleatorização de utentes ou agregados mediante a unidade de análise. Em relação à tipologia familiar (Tabela 6), o candidato considerou a informação obtida a partir da avaliação dos agregados administrativos, complementada pelo seu conhecimento e da OF sobre as mesmas. O tipo de família mais comum foi a nuclear, correspondente à maioria das famílias. Quer as famílias monoparentais quer as reconstruídas apresentam uma expressão considerável na amostra estudada. O Ciclo de Vida Familiar de Duvall é constituído por um total de 8 fases, centradas no crescimento, educação e autonomização dos filhos, podendo apenas ser aplicado a famílias nucleares. Permite avaliar períodos de transição, prevendo eventuais dificuldades e possibilitando a prestação de cuidados antecipatórios. Na figura 4, encontram-se caracterizadas as famílias nucleares relativamente ao ciclo de Duvall, com predomínio das fases V e VI (famílias com filhos entre os 13 e os 20 anos e famílias em que o primeiro filho já tenha saído de casa). O Ciclo de Duvall exclui outras tipologias familiares, o que é uma franca limitação à avaliação familiar das famílias atuais. Para a avaliação de risco familiar, o SClinico® dispõe ainda de duas escalas na secção de processo de avaliação familiar, ambas não validadas para a população portuguesa: Segovia-Dreyer e Garcia-Gonzalez. Dada a ausência de registos, optou-se pela sua não avaliação.

#### Caraterização Socioeconómica

|  |  |
| --- | --- |
| Tabela 7: Distribuição das famílias nucleares da amostra da LOF de acordo com a classificação de Graffar em Julho 2023. Fonte: SClinico®. | |
| **Classificação Social de Graffar** | **n (%)** |
| Alta | 15 (5,81) |
| Média alta | 41 (15,89) |
| Média | 117 (45,35) |
| Média Baixa | 68 (26,36) |
| Baixa | 17 (6,59) |

Para a caraterização socioeconómica, avaliou-se a amostra aleatória da LOF já mencionada (258 agregados familiares). Dos agregados com a classificação de Graffar preenchida, a maioria pertencia à classe Média, seguida pela Média Baixa e Média Alta. Será necessário aumentar a colheita de avaliação de Graffar por forma a melhorar a qualidade da informação respetiva aos parâmetros de avaliação familiar.

#### Escolaridade

|  |
| --- |
|  |
| *Figura 5: Distribuição da escolaridade na amostra da lista da OF em 2023. Foram excluídos indivíduos abaixo dos 18 anos. Fonte: SClinico®.* |

Para esta análise, o candidato utilizou a amostra aleatorizada de utentes (n=318), tendo ainda excluído indivíduos abaixo dos 18 anos, tendo sido considerada a escolaridade dos utentes que já terminaram o seu percurso escolar tradicional (n=268).

De referir que a escolaridade mais frequente foi o ensino primário completo. Não se identificaram indivíduos analfabetos nem doutorados na amostra, sendo que tal não significa que os mesmos não existam na lista da OF, apenas que não foram selecionados no processo de amostragem e indiciando que o seu número será residual na LOF.

#### Situação Profissional

Para esta análise, o candidato utilizou a amostra aleatorizada de utentes (n=318). Verifica-se que a maioria da amostra - 183 (57.5%) – corresponde a indivíduos em estado ativo. Contudo, de referir a existência de uma percentagem considerável (14,5%) de indivíduos sem registo, a maior parte dos quais correspondendo a indivíduos acima dos 18 anos, mas pouco frequentadores, sobretudo na faixa dos 18-25 anos, para os quais não

há dados sobre se o seu estado de estudante mudou – se prosseguiram os estudos, se se iniciaram na vida laboral, ou se se encontram desempregados.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| *Figura 6: Frequência das diferentes categorias da situação profissional dentro da amostra da lista da OF. Fonte: SClinico®* | Figura 7: Distribuição da situação profissional dentro dos não ativos da amostra. Fonte: SClinico®. |

Dentro dos indivíduos não ativos, considerando as categorias idade pré-escolar, estudantes, desempregados e reformados, temos a seguinte distribuição da figura. Para os utentes classificados como “ativos” em relação à sua situação profissional, o candidato analisou o tipo de atividade laboral de acordo com a Classificação Portuguesa das Profissões 2010[[8]](#footnote-8). Pela análise da Tabela 8, verifica-se que o grupo 9 (Trabalhadores não qualificados) é o grupo profissional mais prevalente (37.8%, n=70). De destacar como outros grupos profissionais com alguma representação o grupo 7 (Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices, 11.9%, n= 21) e o perfil 8 (11.4%, n=22).

Tabela 8: Profissões dos utentes da LOF (amostra). Fonte: SClinico®

|  |  |
| --- | --- |
| Grande Grupo Profissional | n (%) |
| 0. Profissões das Forças Armadas | 0 (0) |
| 1. Representantes do poder legislativo, órgãos executivos, dirigentes, diretores, gestores executivos | 7 (3,8) |
| 2. Especialistas das atividades intelectuais e científicas | 12 (6,5) |
| 3. Técnicos e profissões de nível intermédio | 17 (9,2) |
| 4. Pessoal administrativo | 14 (7,6) |
| 5. Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores | 17 (9,2) |
| 6. Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura, pesca e floresta | 2 (1,1) |
| 7. Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices | 22 (11,9) |
| 8. Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem | 21 (11,4) |
| 9. Trabalhadores não qualificados | 70 (37,8) |
| Desconhecido | 1 (0,3) |

#### Dinâmica da Lista

A lista de utentes de um Médico de Família não é estática ao longo do tempo, sofrendo modificações consoante os nascimentos, óbitos e mobilizações de utentes (emigração, transição para outra unidade de CSP, etc.). Para a avaliação da dinâmica da LOF, o MI comparou a lista de utentes de 1 de agosto de 2022 a julho de 2023, perfazendo um total de 12 meses.  No início do período em estudo, a lista era composta por 1838 utentes, tendo em julho de 2023, 1824 utentes inscritos, considerando-se uma média de 1831 utentes para efeitos de cálculo de taxas brutas de natalidade e mortalidade. Contando com 10 óbitos neste período, a taxa bruta de mortalidade situou-se nos 5,5 por mil, sendo inferior à taxa de mortalidade nacional [11.9], do Norte [10.7] e do concelho da Trofa [8.5]). A taxa bruta de natalidade em 6,01 por mil (inferior à permilagem do concelho – 6.8, do Norte – 7.3, e do país – 8.8). Houve um total de 10 óbitos e 11 nascimentos, traduzindo-se num saldo natural de 1 na lista. Houve um total de 19 utentes que saíram da lista, com entrada de 4 utentes.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Entradas* | *n* | *Saídas* | *n* | *Saldo* | *n* |
| Nascimentos | 11 | Óbitos | 10 | Natural | 1 |
| Transferência | 4 | Transferência | 19 | Transferências | -15 |
| Total | 15 | Total | 29 | Total | -14 |

**Número de utentes (Agosto de 2022):** 1838 | **Número de utentes (Julho de 2023):** 1824

Tabela 9: Dinâmica da LOF entre 07/2022 e 07/2023. Fontes: MIM@UF® e SClinico®.

#### Caracterização do estado de saúde – Problemas mais relevantes

A tabela abaixo discrimina os 20 problemas ativos mais prevalentes na LOF em julho de 2023. Para maximizar a qualidade dos dados apresentados, foram excluídos os códigos: i) W11 (Contraceção Oral), por se tratar de uma codificação automática com o preenchimento do método contracetivo no programa de planeamento familiar (PF) do SClinico® ii) A98 (Medicina Preventiva/Acompanhamento Geral), código habitualmente utilizado pela OF e pelo candidato, mas que não traduz problema de saúde iii) códigos correspondentes a “sinal/sintoma de ...”, por não traduzirem necessariamente problemas.

Tabela 10: Distribuição dos 20 problemas mais frequentes na LOF. Fonte: MIM@UF

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Código ICPC-2 | Problema de saúde | Número de codificações |
| T82 | OBESIDADE | 444 |
| T93 | ALTERAÇÕES DO METABOLISMO DOS LÍPIDOS | 365 |
| K86 | HIPERTENSÃO SEM COMPLICAÇÕES | 359 |
| P17 | ABUSO DO TABACO | 256 |
| L86 | SÍNDROME VERTEBRAL COM IRRADIAÇÃO DE DORES | 209 |
| P06 | PERTURBAÇÃO DO SONO | 176 |
| T90 | DIABETES NÃO INSULINO-DEPENDENTE | 169 |
| P76 | PERTURBAÇÕES DEPRESSIVAS | 164 |
| K95 | VEIAS VARICOSAS DA PERNA | 147 |
| X88 | DOENÇA FIBROQUÍSTICA DA MAMA | 133 |
| F92 | CATARATAS | 108 |
| T81 | BÓCIO | 96 |
| L90 | OSTEOARTROSE DO JOELHO | 95 |
| R96 | ASMA | 92 |
| L92 | SÍNDROME DO OMBRO DOLOROSO | 88 |
| N01 | CEFALEIA | 85 |
| R97 | RINITE ALÉRGICA | 74 |
| F91 | ERRO DE REFRACÇÃO | 73 |
| D89 | HÉRNIA INGUINAL | 71 |

#### Isenções e comparticipações

Dada a impossibilidade de obtenção de informação pelo SINUS® com a migração para o SClinico® administrativo, não foi possível obter a totalidade das comparticipações dos utentes, tendo-se colhido informação manualmente para a mesma amostra de utentes (n=318), relativamente a i) isenção de taxas moderadoras ii) comparticipação especial de medicamentos. A isenção das taxas moderadoras, apesar da atual generalização, encontra-se registada para 103 dos utentes da amostra (32%), os seguintes motivos descritos na figura 8. Relativamente ao regime especial de comparticipação de medicamentos (RECM), 39 utentes apresentam regimes especiais atribuídos, que abaixo se descrevem. Os restantes utentes não usufruem de regimes especiais de comparticipação.

Figura 8: Isenção de taxas moderadoras da LOF (12/2023). SMN – Salário Mínimo Nacional. Fonte: SClinico®.

Tabela 11: Descrição dos regimes especiais de comparticipação de medicamentos. Fonte: SClinico®.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Código** | **Descrição do motivo** | **Nº de RECM** |
| 2001 | Reformados que não usufruem de rendimento superior ao SMN | 20 |
| 3001 | Doentes crónicos com medicação especial | 16 |
| 4001 | Beneficiários do Complemento Solidário para Idosos | 3 |

#### Caracterização do estado de saúde – Perfil de utilização

Tabela 12: Alguns dos Indicadores de Desempenho Global, 07/2023. Fonte: BI-CSP® e BI-Self Service®.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Código - ID - Indicador** | **LOF** | **USF-AES** | **Intervalo aceitável** | **Intervalo esperado** | **Score** |
| 2013.001.01 FL Proporção de consultas realizadas pelo MF | 77,737 | 77,718 | [75 - 92] | [78 - 90] | 1,81 |
| 2013.002.01 FL - Taxa de utilização global de consultas médicas | 75,465 | 72,929 | [66 - 90] | [73,5 - 85] | 1,85 |
| 2013.003.01 FL - Taxa de domicílios médicos por 1.000 inscritos | 23,231 | 23,001 | [12 - 40] | [18 - 35] | 2 |
| 2013.005.01 FL - Proporção de consultas realizadas pelo EF | 75,354 | 75,593 | [65 - 92] | [70 - 88] | 2 |
| 2013.008.01 FL - Taxa de utilização de consultas de PF (méd./enf.) | 68,552 | 63,16 | [38 - 100] | [60 - 100] | 2 |
| 2013.009.01 FL - Taxa de utilização de consultas de PF (enf.) | 52,715 | 46,758 | [25 - 80] | [42 - 75] | 2 |
| 2013.034.01 FL - Proporção obesos >=14A, c/ cons. vigil. obesid. 2A | 76,372 | 76,861 | [60 - 100] | [72 - 100] | 2 |
| 2013.035.01 FL - Proporção DM com exame pés último ano | 84,656 | 90,331 | [70 - 100] | [89 - 100] | 2 |
| 2013.036.01 FL - Proporção utentes DM com registo de GRT | 90,476 | 90,958 | [60 - 100] | [75 - 100] | 2 |
| 2013.037.01 FL - Proporção DM c/ cons. enf. vigil. DM último ano | 90,476 | 91,585 | [70 - 100] | [87 - 100] | 2 |
| 2013.038.01 FL - Proporção DM c/ 1 HbA1c por semestre | 70,556 | 79,866 | [50 - 100] | [77 - 100] | 2 |
| 2013.039.01 FL - Proporção DM c/ última HbA1c <= 8,0% | 67,196 | 74,396 | [55 - 100] | [70 - 100] | 2 |
| 2013.046.01 FL - Proporção utentes [50; 75[, c/ rastreio cancro CR | 60,656 | 60,127 | [45 - 100] | [67 - 100] | 1,38 |
| 2013.049.01 FL - Proporção utentes c/ DPOC, c/ FEV1 em 3 anos | 66,667 | 67,76 | [30 - 100] | [60 - 100] | 2 |
| 2013.053.01 FL - Proporção utentes >=14A, c/ registo consumo álcool | 77,565 | 77,819 | [46 - 100] | [70 - 100] | 2 |
| 2013.054.01 FL - Proporção utentes consum. álcool, c/ consulta 3A | 51,064 | 75,72 | [40 - 100] | [60 - 100] | 2 |
| 2013.057.01 FL - Proporção RN com TSHPKU realizado até ao 6º dia | 100,000 | 93,617 | [83 - 100] | [94 - 100] | 1,93 |
| 2013.059.01 FL - Proporção crianças 2 anos, c/ peso e altura 1 ano | 100,000 | 100 | [80 - 100] | [95,5 - 100] | 2 |
| 2013.063.01 FL - Proporção crianças 7A, c/ cons. méd. vig. e PNV | 81,250 | 89,61 | [65 - 100] | [85 - 100] | 2 |

Legenda: FL – Flutuante. MF- Médico de Família. EF – Enfermeira de Família. GRT - gestão do regime terapêutico. CR – colorretal. TSHPKU - diagnóstico precoce. FEV1- Volume expiratório forçado.

#### Comentário Final do Estudo da Lista de Utentes

A análise da lista de utentes é fundamental para compreender a sua caracterização, permitindo assim ajustar melhor os serviços de saúde às necessidades dos indivíduos e da comunidade. É crucial para gerir eficientemente a atividade clínica, especialmente no que se refere ao planeamento e antecipação dos cuidados a prestar, além de maximizar a eficiência no uso do tempo e na organização das agendas. Ao nível dos processos familiares, muitas das ferramentas disponíveis não se encontram adaptadas à realidade atual, sendo menos utilizadas. Também o tempo disponível para consulta não se coaduna com uma avaliação cuidada e sistemática das escalas de avaliação familiar e das escalas de risco familiar. Ademais, as escalar de risco não foram validadas para a população portuguesa, o que coloca em causa a sua utilidade. Uma limitação deste género de estudo, do ponto de vista de avaliação familiar, é que os agregados familiares administrativos podem não corresponder aos agregados familiares reais, sendo necessário o conhecimento do MF sobre o agregado para a sua validação. Nos casos em que esse conhecimento não exista, a dependência dos agregados administrativos pode afetar a colheita de variáveis relativas aos agregados. Ao nível do utente, os dados relativos à escolaridade, profissão e ou situação profissional nem sempre estavam corretamente preenchidos. Tal aspeto alerta para a necessidade de uma atualização contínua da informação presente ao nível da ficha individual de cada utente. De salientar que a faixa de jovens adultos é uma faixa particularmente difícil no que respeita à qualidade dos dados, por ser uma faixa etária tipicamente menos utilizadora.

Em síntese, ao longo da colheita e análise dos dados, o candidato compreendeu e reconhece a importância de conhecimento profundo dos utentes da lista e suas famílias. Essa informação permite ao MF enquadrar as queixas dos utentes no seu contexto social e familiar, antecipando igualmente situações de maior instabilidade, mesmo que as escalas de avaliação de risco clássicas sejam pouco informativas no que refere a risco e estejam desajustadas da realidade de uma fração importante das famílias atuais. Todavia, a análise da sua lista de utentes deve ser uma prática recorrente do MF. Uma compreensão atualizada e aprofundada acerca das características dos utentes e das suas flutuações temporais é imprescindível para estabelecer estratégias que se ajustem à lista de utentes.

### 2.1.4. Outros contextos de estágios formativos

Os estágios formativos curtos encontram-se descritos em 1.2. Descrevem-se abaixo contexto de alguns estágios considerados pelo candidato como mais relevantes.

#### 2.1.4.1. USF Horizonte

A atualização do programa formativo do Internato de MGF em 2019 contempla a realização de um estágio de um mês numa unidade diferente da de colocação, servindo uma população com caraterísticas diferentes. O local de estágio foi escolhido pelo candidato, em acordo com a OF. Foi escolhida uma USF localizada numa zona urbana, e que tivesse por base um modelo de ULS que, à data de início de estágio, não era o modelo organizativo que vigorava na sua USF de colocação. A USF Horizonte, em Matosinhos, apresenta também um maior número de profissionais (8 ME, 6 IFE, 7 enfermeiros, 6 SC, e 1 assistente operacional), partilha o modelo B com a unidade de colocação, e iniciou atividade um pouco antes (Março de 2007). Geograficamente, o município de Matosinhos ocupa uma área menor - 62,4 Km², apresentando uma densidade populacional bastante superior (2 772,6 habitantes/Km²), um valor superior ao da Trofa[[9]](#footnote-9). O índice de dependência de idosos (35,45) é superior neste concelho face à Trofa (29,49), e o índice de dependência de jovens ligeiramente superior (19,42 *vs* 18,51). Também foi possível compreender que o modelo de organização médico-enfermeiro em microequipa era idêntico, todavia sem SC na microequipa. O número de vagas de consultas semanais de TMRG (22) era superior ao praticado na USF-AES. Foi possível identificar um maior recurso dos utentes ao privado (possivelmente pelo maior poder económico e oferta disponível), com consultas em que os utentes pretendiam “apenas” uma segunda opinião e/ou mostrar os exames realizados no privado. O tempo de espera médio por consulta programada era inferior (era possível tipicamente agendamentos de consulta programada de Saúde Adultos em 2 semanas). A contribuir para este fenómeno, possivelmente uma população comparativamente mais utilizadora dos recursos de saúde privados, a existência de resposta a pedidos de opinião clínica por via e-mail e o maior volume de consulta TMRG. Também possível que a escolaridade contribua para este fenómeno: Matosinhos tem mais de quarto de população residente com ensino superior completo (26,34% *versus* 15,29% na Trofa) e uma taxa de analfabetismo ligeiramente inferior (2,06% *versus* 2.22%).

#### 2.1.4.2. Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências

Os CRI dispõem de equipas técnicas especializadas, e dedicadas à prestação de cuidados a pessoas com comportamentos aditivos e dependências. O CRI do Porto Ocidental tem uma consulta descentralizada em Santo Tirso, que dispõe de duas equipas de tratamento. O candidato acompanhou a totalidade de atividade assistencial de um dos psiquiatras assistente durante a sua formação curta nesta consulta. A abordagem do utente inclui a avaliação, a intervenção e monitorização dos processos, com enfoque na redução de danos, na abstinência e na reinserção social. O acompanhamento é individualizado e multidisciplinar. Tal promove respostas integradas e mais acessíveis, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida das pessoas e das famílias afetadas pelas dependências.

#### 2.1.4.3. Enfermagem na Comunidade

A enfermagem da comunidade é essencial na promoção da saúde, prevenção da doença e acompanhamento próximo das populações. A articulação entre enfermeiros e MF garante uma abordagem integrada e centrada no utente, otimizando os cuidados de saúde. No início do percurso em MGF, o contacto com a enfermagem da comunidade permite compreender a dinâmica do trabalho em equipa e a continuidade dos cuidados no contexto dos cuidados primários. O candidato considera ter sido benéfico no estabelecimento de relação com outros grupos profissionais e na compreensão da abrangência de cuidados da comunidade, na fase formativa em que se encontrava.

#### 2.1.4.4. Gestão de utentes em TraceCOVID

A gestão de utentes em fase pandémica e a recuperação da atividade assistencial pós-pandémica foram marcas importantes do percurso do candidato, obrigando-se a refletir sobre como a prática clínica pode ser ajustada a condições subóptimas. Foi essencial para cedo perceber as francas limitações dos contactos telefónicos *versus* contactos presencias, mas também perceber os seus pontos fortes. As questões relativas à privacidade do utente e à gestão clínica possível nestes contextos foram tópicos discutidos no âmbito da atividade clínica dos utentes em “vigilância traceCOVID”. Tal facilitou a abordagem ao utente por via não presencial em pontos futuros do percurso do candidato. [III.2.1.A]

#### 2.1.4.5. Unidade de Cuidados na Comunidade

A UCC Provida presta cuidados de saúde de âmbito domiciliário e comunitário, junto dos utentes e suas famílias, incluindo grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência. Iniciou atividade em Maio em 2013, fazendo parte da equipa atual, 13 enfermeiros, 1 secretário clínico, um nutricionista, um psicólogo clínico e serviço social (fonte: BI-CSP). Durante a sua formação curta, o candidato teve a oportunidade de participar em atividades do âmbito da Equipa de Cuidados Integrados da Comunidade e contactou com as atividades desenvolvidos em valências como a SM ou os cuidadores informais.

#### 2.1.4.6. Consulta DPOC

O candidato participou ativamente num projeto de melhoria contínua da atividade assistencial prestada aos indivíduos com doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), que se pautou por realizar várias consultas dedicadas a utentes DPOC. Sendo este um grupo com necessidades específicas, muitas vezes subvalorizado dada a complexidade de uma consulta de vigilância de outras patologias, a abordagem sistemática da mesma em tempo dedicado pode melhorar estas avaliações. Foi realizada formação inicialmente, com uma IFE que fazia consulta dedicada [III.2.1.B], o que permitiu dar continuidade ao projeto posteriormente, contribuir para a formação de outros colegas [III.2.1.C] e responder às necessidades específicas destes utentes.

## 2.2. Planeamento e Organização de Atividade/Gestão do Tempo

### 2.2.1. Sistema de Registo de Dados, Fonte de Dados e Monitorização de Resultados

|  |
| --- |
| * Aplicativo de Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (GestcareCCI); * Sistema de Informação de Certificados de Óbito (SICO); * Sistema de Informação para a Saúde Oral (SISO); * Sistema de Gestão do Transporte de Utentes (SGTD); * Portal de Notificação de Reações Adversas a Medicamentos (Portal RAM); * Sistema Nacional de Notificação de Incidentes (NOTIFICA); * Registo Nacional de Não Dadores (RENNDA). |

Quadro 1: Outros sistemas de informação utilizados pelo candidato.

Os registos clínicos eletrónicos (RCE) constituem uma ferramenta de inegável importância na prática clínica. São fundamentais para uma prática médica de qualidade, funcionando como ferramentas eficazes para a gestão clínica, comunicação com o paciente, prevenção de erros, proteção médico-legal e desenvolvimento de investigação[[10]](#footnote-10). O acesso aos antecedentes pessoais (AP) e a informação relativa a consultas anteriores, na instituição ou noutras instituições, confere uma maior segurança no processo de decisão clínica. Apesar do RCE ser atualmente amplamente utilizados, ainda existem situações em que o candidato utilizou registos em papel (exemplo: registo clínico em papel, organizado pelo agregado familiar, e boletins de saúde, respetivamente na área da SIJ e da SM).

Existem vários sistemas de informação (SI) para diferentes funcionalidades. O RNU® (Registo Nacional de Utentes) é a base de dados de referência para a identificação dos utentes do Serviço Nacional de Saúde (SNS), integrando dados administrativos[[11]](#footnote-11). Permite a identificação unívoca dos utentes em diferentes serviços e entidades. O SClinico® é a principal aplicação utilizada para os registos médicos e de enfermagem na USF-AES, na ULSMAve e na maioria dos serviços portugueses, sendo mantida pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS)10. No caso específico do RCE médico, este é feito de acordo com o Registo Médico Orientado por Problemas (RMOP), com recurso a uma folha de consulta baseada no SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação, Plano). Para além do texto livre, possível de utilizar em qualquer um destes tópicos, os motivos da consulta, a avaliação e o plano são ainda codificados de acordo com o *International Classification of Primary Care - 2nd Edition* (ICPC-2)[[12]](#footnote-12). Esta ontologia orientada para os cuidados de saúde primários permite a uniformização dos registos, facilitando a elaboração da lista de problemas ativos e passivos de cada utente. São ainda funcionalidades do SClínico®: a. emissão e registo de MCDT; b. emissão de Certificados de Incapacidade Temporária para o Trabalho (CIT); c. emissão de credenciais de transporte; d. elaboração de relatórios e atestados médicos; e. referenciação interna para serviços da ULSMAve f. referenciação externa (via Sistema Integrado de Gestão de Acesso [RSE Siga]) g. referenciação para programas de saúde oral. O SClinico® permite aceder, via Registo de Saúde Eletrónico (RSE®), a informação de outras plataformas, nomeadamente a PEM® (Prescrição Eletrónica Médica), e SINAVE® (Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica). No Siima Rastreios®, sobre os rastreios do cancro do colo do útero, mama, cólon e reto, retinopatia diabética e visual infantil),

Outras plataformas relevantes, embora menos utilizadas pelo candidato, encontram-se listadas no Quadro 1. No âmbito da pandemia COVID, o candidato utilizou a plataforma TraceCOVID para vigilância e monitorização dos utentes com contactos de risco ou suspeita ou infeção confirmada.

As atividades e resultados das unidades funcionais dos CSP podem ser monitorizadas com recurso a plataformas como o MIM@UF®, BI-CSP® e SIARS® (Sistema de Informação da ARS). O acesso ao SINUS® (sistema de gestão administrativa) encontra-se descontinuado. Os indicadores de desempenho encontram-se definidos no Sistema de Dados Mestre (SDM)[[13]](#footnote-13). O SDM é uma ferramenta de gestão de dados na saúde, que integra informações de referência para a organização do sistema de saúde e para funcionamento de outros sistemas de informação. Para além dos indicadores de desempenho, também é através do SDM que é calculado o Índice de Complexidade de Utentes (ICU)[[14]](#footnote-14) - um instrumento de ajustamento pelo risco recém-criado. Este contempla um conjunto de algoritmos, que com base nas características demográficas, de morbilidade de ciclo de vida e de contexto dos utentes, permite atribuir uma predição numérica, para cada indivíduo, para cada um dos índices de relevo.

### 2.2.2. Acesso aos Cuidados

|  |
| --- |
| **Acesso** |
| A acessibilidade é uma característica importante nos serviços de saúde, particularmente nos cuidados de saúde primários, que funcionam como porta de entrada no Serviço Nacional de Saúde (SNS). A USF AES apresenta um **Índice Desempenho Setorial (IDS)** na área do acesso5 de 96,50 % em Novembro de 2024, com os índices associados a Cobertura ou utilização de 96,0% e a distribuição de Distribuição das Consultas Presenciais atingindo 100,0 %.  Além da oferta assistencial, as infraestruturas e meios de acesso às instituições podem condicionar o acesso. A unidade encontra-se a 950 metros de uma estação de comboios, tem acessos a autoestradas próximos, contudo o apoio de transporte públicos para as áreas rurais é reduzido. A USF-AES tem as condições necessárias à prestação dos cuidados de saúde da sua carteira de serviços, e tem acesso para utentes com mobilidade reduzida. Através do Plano de Recuperação e Resiliência (PRR), serão alvo de intervenção algumas lacunas de infraestruturais.  Quando à carteira de serviços, a unidade presta agendamento em regime de consulta programada (CP), consulta aberta (CA) ou visita domiciliária (VD). O agendamento de CP pode ser por iniciativa do MF, do EF, do SC ou pelo próprio utente (ou seu familiar/ cuidador/ tutor legal), presencialmente ou diretamente pelo portal do SNS. O acesso à CA passa a ser  Uma imagem com texto, captura de ecrã, diagrama, Esquema  Descrição gerada automaticamenteCircuito do utente na USF: encontra-se definido no Regulamento Interno (RI) (figura 9).  Ausências de profissionais: Nas situações de ausência até 15 dias de um elemento da equipa, a USF garante, em sistema de intersubstituição, os seguintes serviços mínimos: doença aguda; situações de urgência em PF (contraceção de emergência) e orientação de situações para interrupção voluntária da gravidez (IVG); renovação de receituário crónico e CIT; consulta de SM, se a ausência interferir com a vigilância normal da grávida (1ª consulta, diagnóstico pré-natal – DPN – controlo laboratorial e radiológico do 2º e 3º trimestres, referenciação para consulta de termo, revisão do puerpério); consulta de vigilância do recém-nascido (RN), respetivamente 1ª consulta de vida e a do 1º mês; vacinação; consultas programadas não suscetíveis de alteração da data sem compromisso dos cuidados, ou em que a remarcação não foi possível.  Figura 9: Fluxograma do Circuito do utente na USF-AES. |
| **Tempos de espera** |
| Uma imagem com texto, captura de ecrã, diagrama, file  Descrição gerada automaticamenteNa USF-AES, a resposta aos pedidos de consulta programada e consulta domiciliária é feita de forma a cumprir os tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) legalmente estabelecidos.[[15]](#footnote-15) No que respeita ao tempo de espera entre hora de agendamento e hora de efetivação, o candidato atrasou em cerca de 8 minutos a efetivação em relação à hora de agendamento, abaixo da média da ARSN (14 minutos).  Figura 10: Tempo de espera médio entre agendamento e efetivação (fonte: BI-CSP- Quem Servimos, média Janeiro-Novembro 2024). C – Candidato; Mx – cada médico especialista da unidade. |
| **Percentagem de consultas não agendadas** |
| Em situações de doença aguda ou agudização de doença crónica, a consulta não programada (vulgo “consulta aberta” (CA)) é agendada no próprio dia em vagas previamente estabelecidas, sem preferência pelo MF ou EF, após o contacto prévio com o SNS24 e mediante a triagem do mesmo. O agendamento pode ainda ser feito na triagem da urgência, tendo o enfermeiro triador acesso à agenda de agendamentos do SNS24. Até à entrada em funcionamento do *Ligue Antes, Salve Vidas,* a CA era agendada iniciativa do utente (ou seu familiar/ cuidador/ tutor legal). Existiam também três vagas por dia reservadas a utentes encaminhados do serviço de Urgência (SU) da ULS Médio Ave (verdes e azuis), conforme protocolo próprio. Os resultados do Índice de Desempenho Setorial (IDS) da subárea “Acesso” da unidade, relativos a novembro de 2024, da USF-AES, demonstram que nos indicadores associados a Consulta no próprio dia, a unidade encontra-se classificada com 83,60%. Já o indicador 344 (proporção de consultas médicas realizadas no dia do agendamento), situava-se dentro do intervalo esperado, com 28,25%. |
| **Contactos não presenciais** |
| A atividade assistencial não presencial (AANP), ou “contacto indireto”, inclui: 1) renovação de receituário crónico 2) registo e avaliação de MCDT 3) registo de informação clínica de outros prestadores de cuidados 4) elaboração de relatórios clínicos. Os contactos não presenciais pela iniciativa do utente podem ser agendados efeito de forma presencial, telefónica, internet (correio eletrónico ou Portal SNS - Área do Cidadão) ou correio. O atendimento telefónico está disponível durante todo o horário de funcionamento da USF para marcação de consultas, pedido de informações, assuntos administrativos e aconselhamento direto com o MF/EF. O sistema TeleQ, em funcionamento na USF-AES desde dezembro de 2021, consiste num atendedor automático de chamadas, que permite ao utente selecionar o motivo do contacto (CNP, pedido de medicação ou outros assuntos), sendo garantido o retorno da chamada por parte do SC. À semelhança da CP, o agendamento das consultas pode ser realizado pela equipa de família, pelos secretários clínicos ou diretamente pelo utente, cuidador ou representante legal. |
| **Alternativas assistenciais** |
| No período de encerramento da USF, os utentes podem contactar telefonicamente a linha SNS24, a funcionar diariamente, o Serviço de Atendimento Complementar (SAC) em Santo Tirso ou Famalicão (abertos aos sábados, domingos e feriados, das 8 às 20 horas), e o Serviço de Urgência (SU) – pólo de Famalicão ou pólo de Santo Tirso da ULSMAve. De referir que durante o 4º ano do interno, o acesso às alternativas assistenciais passa a enquadrar-se no projeto “*Ligue antes, salve vidas*”. |

### 2.2.3. Organização da Consulta

Abaixo encontra-se o horário do candidato. O horário sobrepõe-se com o horário da Orientadora de Formação (OF), de 35h, acrescidas de 5 horas. Os períodos de consulta por tipologia são tendencialmente respeitados, todavia, de forma a aumentar a acessibilidade dos utentes, podem ser efetuadas marcações em períodos dedicados a outras tipologias, desde que tal não interfira nas vigilâncias preconizadas nessas mesmas consultas. As consultas médicas de DM, SM e SIJ são precedidas de consulta de enfermagem (sendo os horários do OF e da EF sobrepostos, de forma a permitir a essa continuidade de cuidados). Algumas das consultas não presenciais são realizadas em horários alternativos aos apresentados no quadro, o que aumenta a acessibilidade dos utentes à consulta. As consultas de SA incluem ainda consultas destinadas à eAgenda (PRUT) e consultas para agendamento em cinco dias (5D). Uma potencial melhoria para o horário apresentado seria o aumento da disponibilidade de consultas em horário pós-laboral, limitação parcialmente colmatada pelas consultas na hora de almoço.

Quadro 2: Horário do candidato em MGF3.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **HORAS** | **2ª FEIRA** | **3ª FEIRA** | **4ª FEIRA** | **5ª FEIRA** | **6ª FEIRA** |
| **08:00-09:00** | ANA | SA (PRUT) | ANA |  | CA |
| **09:00-10:00** | SIJ | DM | SM | HTA |
| **10:00-11:00** | SIJ |
| **11:00-12:00** | | SA | CA | RCCU | ANA | SA |
| CNP |
| **12:00-13:00** | | CA | CNP | CA | VD |
| Almoço | 5D |
| **13:00-14:00** | | CIT | CNP | Almoço |
| Reunião de serviço | Almoço | Almoço |
| **14:00-15:00** | | Almoço | PF | CA | ANA |
| CNP |
| **15:00-16:00** | | ANA | SM | CNP | SIJ |
| ANA |
| **16:00-17:00** | | CA | DM |  |
|  |  |  |
| **17:00-18:00** | |
| **18:00-19:00** | | SA |
| **19:00-20:00** | | SA (PRUT) |

Legenda: CNP – consulta não presencial; CIT – certificado de incapacidade para o trabalho; SA – saúde adultos; PRUT – Saúde Adultos por iniciativa do utente PF – planeamento; RCCU – rastreio cancro do colo uterino; VD – visita domiciliária. ANA – atividade não assistencial do interno.

## 2.3. Atividades Assistenciais

Durante todo o período de estágio de MGF3, o candidato realizou um total de **2401 contactos**, correspondendo a **1580 consultas** presencias e **820 contactos indiretos**. Para análise pormenorizada da atividade assistencial, foi selecionado o período compreendido entre 01 de janeiro e 16 de dezembro de 2024 (214 dias de trabalho efetivo na USF Ao Encontro da Saúde). Foi realizado um estudo transversal retrospetivo, tendo como fontes de dados os programas informáticos MIM@UF®, BI-CSP® e SClínico®. A população em estudo incluiu os utentes da lista da OF observados em consulta pelo candidato, assim como utentes de outros médicos assistidos no âmbito de CA, intersubstituição ou PF. A análise dos dados foi feita com recurso ao programa *Microsoft Office Excel 365*®, com bases de dados devidamente codificadas e protegidas por palavra-passe. Em termos organizativos, candidato não dispôs de lista própria, partilhando a lista de utentes com a OF no dia-a-dia de consulta.

### 2.3.1. Análise global das atividades efetuadas pelo candidato

O candidato realizou de forma autónoma um total de 2401 contactos, correspondendo a uma média de 11,2 contactos/dia. Os contactos telefónicos foram incluídos como contactos não presenciais. Dessa forma, para a análise detalhada da atividade assistencial do candidato que se segue, foram consideradas apenas as consultas presenciais.

Nas 1580 consultas presenciais realizadas, foram observados 1098 utentes, correspondendo a uma média de 1,4 consultas por utente (min. 1 e máx. 8). O candidato contactou com utentes de outros médicos no contexto de consulta aberta e intersubstituição, consulta aberta a utentes sem médico, assim como atividade de substituição de médicos ausentes ao serviço, num total de 580 contactos a utentes não pertencentes à LOF – 31,8%.

Figura 11: Distribuição de contactos presenciais e não presenciais.

Tabela 13: Número de consultas presenciais, sua frequência relativa e número de utentes únicos observados. No parâmetro total foram considerados os utentes únicos observados durante o ano de MGF3.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tipo de Consulta** | | **Consultas** - n (%) | **Utentes únicos -** n | **Média consulta/utente** |
| Saúde Adultos | | 224 (14,2) | 193 | 1,2 |
| CIT | | 180 (11,4) | 74 | 2,4 |
| Grupos Vulneráveis | PF/ RCCU | 51 (3,2) | 41 | 1,2 |
| Saúde Materna | 24 (1,5) | 15 | 1,6 |
| Saúde Infantil e Juvenil | 129 (8,2) | 98 | 1,3 |
| Grupos de Risco | Hipertensão arterial | 186 (11,8) | 162 | 1,1 |
| Diabetes *mellitus* | 233 (14,7) | 170 | 1,4 |
| DPOC | 70 (4,4) | 68 | 1 |
| Domicílios | | 13 (0,8) | 9 | 1,4 |
| Consulta aberta/intersubstituição/Saúde24 | | 463 (29,3) | 393 | 1,2 |
| Consulta 5 Dias | | 7 (0,4) | 7 | 1 |
| **Total** | | **1580** | **1098\*** | **1,5** |

Legenda: CIT – certificado de incapacidade temporária para o trabalho. PF – planeamento familiar. RCCU – rastreio do colo útero. DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica.

A tabela 8 descreve as consultas presenciais realizadas no período em estudo, de acordo com o tipo de consulta, número de utentes observados e média de consultas por utente. De ressalvar que um dado utente pode ter sido observado em mais do que um tipo de consulta (pelo que a soma de todos os valores da coluna do “número de utentes únicos” é superior ao número total de utentes únicos.

A maioria dos utentes eram do sexo feminino (n=888; 56,2%). A média de idades era de 49,2 anos (mediana 54, mínimo 6 dias de vida a 91 anos). O grupo etário mais representado foi o dos adultos, seguido dos idosos e das crianças. Para um total de 1771 inscritos na LOF, calcula-se uma taxa de utilização da consulta do candidato de 62,0%. De destacar, em novembro de 2024, para a LOF, a taxa de utilização de consulta médica nos últimos três anos, era 92,6%, dentro do intervalo esperado.

#### 2.3.1.1. Gestão de doentes complexos

Faz parte da abordagem em MGF, a gestão da complexidade de um doente e a integração de cuidados. A gestão terapêutica da doença biológica é influenciada pelas componentes sociais e psicológicas do indivíduo, devendo a abordagem dos problemas de saúde considerar todas as dimensões do indivíduo (física, psicológica, social e cultural)[[16]](#footnote-16),[[17]](#footnote-17).

Para definir doentes complexos, o candidato considerou os indivíduos que apresentam simultaneamente pelo menos um problema ativo do capítulo Social do ICPC-2, pelo menos um problema ativo do capítulo Psicológico e um terceiro problema ativo da esfera biológica/física. Utilizando esta definição, foi possível identificar um total de 107 utentes, que consumiram uma média de 2,23 consultas no ano (superior à média dos restantes utentes, num total de 243 consultas). Tal corresponde a cerca de 5,9% dos utentes da LOF. A média de idades destes utentes era de 59,4 anos (mínimo 23 e máximo 86 anos), com uma predominância da faixa adulta (n=64, 59,8%). A título de exemplo, efetuam-se as descrições de três utentes observados no período de MGF3, classificados como complexos.

Tabela 14: Caraterização sumária de três utentes complexos observados pelo candidato.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Utente 1: Homem, 68 anos** | **Utente 2: Mulher, 65 anos** | **Utente 3: Mulher, 52 anos** | |
| **Física** | DM, Obesidade, AVC, Asma, SAOS, Dislipidemia, HBP, Abuso do álcool, antecedentes cirúrgicos do braço | DM insulinodependente, retinopatia, dor crónica, Antecedentes de EAM, dislipidemia, hipertensão, hérnia esofágica, osteoartrose da anca, obesidade | DM insulinodependente, Alteração dos lípidos, Hipertensão, Alteração funcional do estômago | |
| **Psicológica** | Perturbação do sono, Processo de luto não resolvido | Perturbação depressiva, perturbação do sono | Debilidade intelectual, Perturbação Depressiva, Ansiedade | |
| **Social** | Utente vive sozinho após falecimento da esposa (tem apoio de uma filha) | Vive sozinha, sem apoio na gestão da doença crónica | Problema de desemprego – não trabalha, vive em casa dos pais, sem companheiro(a), situação de alcoolismo dos pais e conflitos intra-familiares | |
| Fonte: SClínico®. Legenda: DM – Diabetes *mellitus*; HTA – Hipertensão Arterial; AVC – Acidente Vascular Cerebral; EAM – enfarte agudo do miocárdio. | | | |

O utente 1 apresenta importantes comorbilidades físicas, sendo que a gestão dos componentes social e psicológico é desafiante, e tem interferido no processo de gestão da doença crónica (da DM). O processo de luto pela esposa não se encontra resolvido, e o utente tem tido significativo descontrolo endocrinológico, com baixa adesão terapêutica (tentativas terapêuticas com diferentes ADO e aGLP1 sem sucesso), tem tido momentos sociais com episódios de abuso de álcool; tem recusado apoio da nutrição e tem negligenciado a realização dos estudos analíticos de vigilância.

A utente 2 apresenta várias co-morbilidades e como tal está sujeita a polifarmácia (n=16). A utente padece de dor crónica osteoarticular, recusando nova referenciação a consulta da dor, que limita as deslocações (desloca-se com apoio de canadiana); tem seguimento ativo em várias consultas hospitalares (Cirurgia Geral, Endocrinologia, Oftalmologia, Pneumologia – por suspeita de SAOS, Neurologia), encontrando-se em estudo uma hipovisão grave bilateral (suspeita de atrofia óptica de Leber). A utente perdeu seguimento na consulta de tratamento cirúrgico de obesidade, mantendo descontrolo metabólico apesar do seguimento hospitalar (em Endocrinologia e em Nutrição). É analfabeta, o que condiciona maior fragilidade social. Foi referenciada para a assistente social.

A utente 3 encontra-se numa situação de fragilidade social – é solteira, não trabalha e está numa relação de dependência dos rendimentos dos pais e da habitação dos mesmos. Surgem vários conflitos intra-familiares com alegados abusos do álcool pelos familiares. A patologia mental da utente é agravada neste contexto, sendo que a debilidade intelectual identificada não facilita a gestão deste processo, mesmo sob acompanhamento hospitalar. Tal dificulta também a gestão das suas patologias crónicas, incluindo a DM e a Obesidade que, apesar do seguimento ativo em Endocrinologia hospitalar, se mantém descontrolada, com períodos de ganho de peso significativos, motivo pelo qual utente aceitou o encaminhamento para a consulta de tratamento cirúrgico da obesidade, que aguarda.

#### 2.3.1.2. Referenciações e taxa de referenciação

|  |
| --- |
| *Tabela 15: Referenciações hospitalares, especialidades e número.* |
| **Especialidade** |
| Oftalmologia (n=35) |
| Cirurgia Geral (n=26) |
| Otorrinolaringologia (n=26) |
| Ortopedia (n=20) |
| Dermatologia (n=15) |
| Pneumologia (n=14) |
| Urologia (n=14) |
| Ginecologia (n=13) |
| Cirurgia Pediátrica (n=11) |
| Cardiologia (n=10) |

Durante o período em estudo, o candidato realizou um total de 263 referenciações hospitalares, a 200 utentes diferentes, correspondendo a uma taxa de referenciação global de 16,6% (ou 12,6% considerando o número de utentes com pedidos de referenciação). A taxa de recusa das referenciações externas ronda os 16,4%, com um número elevado de pedidos a serem recusados com base na área de referência do utente, atendendo a que a USF AES se encontra numa área limítrofe e serve também utentes com residência na área geográfica do CHUSJ. De referir que o valor da taxa referenciação é superior ao obtido no ACeS de Matosinhos em 2016 (8,9%)[[18]](#footnote-18), todavia, de referir que nalguns casos foi necessário repetir a referenciação para outra instituição, em virtude de esgotamento da capacidade de serviço no hospital da área de residência (ex: Otorrinolaringologia e Cardiologia), ou de esta ser recusada por motivos da área de residência do utente, conforme acima mencionado.

A maioria das referenciações (n=162, 61,8%) foram realizadas a utentes do sexo feminino, sendo predominante a faixa etária dos adultos (n=148, 56,5%), seguindo-se a faixa etária dos idosos (n=88, 33,6%), com uma idade média à data de referenciação de 54,5 anos (mínimo 18 dias de vida e máximo de 88 anos. O recém-nascido referenciado foi referenciado por dificuldades acentuadas na amamentação em contexto de freio curto da língua. Apesar da ULSMave possuir 2 unidades hospitalares (Santo Tirso e Famalicão), o local mais referenciado foi a unidade hospitalar da Unidade Local de Saúde do São João (ULSSJ). São motivos para tal a existência de utentes inscritos na USF AES da área de abrangência da ULSSJ, o maior número de especialidades disponíveis na ULSSJ, e também a manifestação de preferência dos utentes em alguns casos.

Tabela 16: Locais principais de referenciação e contagem do número de referenciações realizadas pelo candidato.

|  |  |
| --- | --- |
| **Centro Hospitalar** | **n referenciações** |
| Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho - ULS Gaia / Espinho, E.P.E. | 3 |
| Centro Hospitalar do Médio Ave, E.P.E. - ULS Médio Ave, E.P.E. | 117 |
| Centro Hospitalar Universitário de Santo António - ULS Santo António, E.P.E. | 5 |
| Centro Hospitalar Universitário de São João - ULS São João, E.P.E. | 133 |
| Hospital da Senhora da Oliveira - Guimarães - ULS Alto Ave, E.P.E. | 1 |
| Instituto Português Oncologia Francisco Gentil - Porto, E.P.E. | 2 |

Tabela 17: 20 principais motivos de referenciação hospitalar pelo candidato.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Motivo de referenciação** | **n** | **Motivo de referenciação** | **n** |
| Catarata | 15 | Lipoma | 4 |
| Perturbação Visual Outra | 15 | Aterosclerose / Doença Vascular Periférica | 3 |
| Gravidez | 12 | Bócio | 3 |
| Perturbação Depressiva | 6 | Contracepção Intra-Uterina | 3 |
| Fimose / Prepúcio Redundante | 5 | Diabetes Não Insulino-Dependente | 3 |
| Nevo / Sinal Da Pele | 5 | Doença Do Aparelho Circulatório Outra | 3 |
| Perturbação Do Sono | 5 | Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica | 3 |
| Efeito Adverso De Um Medicamento | 4 | Doença Valvular Cardíaca Ne | 3 |
| Hematúria | 4 | Lesão Interna Aguda Do Joelho | 3 |
| Hipertrofia Das Amígdalas / Adenóides | 4 | Malformação Adquirida De Um Membro | 3 |

Tabela 18: Referenciações ao Serviço de Urgência (SU) pelo candidato, com informação da especialidade e motivo.

|  |  |
| --- | --- |
| **Especialidade** | **Motivos de referenciação (ICPC-2)** |
| Cirurgia Geral (n=7) | D01 - Dor / Cólica Abdominal Generalizada (n=2), D06 - Dor Abdominal Localizada Outra (n=2), D02 - Dor Abdominal Epigástrica (n=1), K96 – Hemorróidas (n=1), S11 - Infecção pós-traumática da pele (n=1) |
| Clínica Geral/ Medicina Interna (*n*=6) | R02 - Dificuldade respiratória / dispneia (n=2), K78 - Fibrilhação / flutter auricular (n=1), A06 - Desmaio / Síncope (n=1) |
| Ortopedia (n=5) | L15 - Sinal / sintoma do joelho (n=2), L11 - Sinal / sintoma do punho (n=1), L17 - Sinal / sintoma do pé / dedo do pé (n=1), L02 - Sinal / sintoma da região dorsal (n=1) |
| Psiquiatria (n=3) | P76 - Perturbação depressiva (n=3) |
| Otorrinolaringologia (*n*=2) | R08 - Sinal / sintoma nasal, outro (n=1), H81 - Cerumen no ouvido em excesso (n=1) |
| Pediatria (n=2) | A03 – Febre (n=1), R02 - Dificuldade respiratória / dispneia (n=1) |
| Ginecologia (n=1) | A87 - Complicações do tratamento (n=1) |
| Urologia (n=1) | Y02 - Dor No Escroto / Testículos (n=1) |

|  |  |
| --- | --- |
| *Tabela 19: Referenciações não hospitalares* | |
| **Prestador de cuidados** | |
| Entidades convencionadas (*n*=44) | Medicina Física e Reabilitação (*n*=37) |
| Terapia da fala (n=2) |
| Terapia ocupacional (n=5) |
| USF-AES | Enfermagem (*n*= 69) |
| URAP (*n*=22) | Nutrição (*n*=12) |
| Cessação Tabágica (*n*=7) |
| Psicologia (*n*=2)  Assistente Social (n=1) |
| CRI (*n*=1) | |

Os principais motivos de referenciação externa (tabela 17), incluem alterações oftalmológicas, gravidez (sobretudo consultas de termo) e perturbações depressivas (refratárias). No que respeita a referenciação com urgentes/emergentes, foram realizadas 27 referenciações ao SU, para o mesmo número de utentes (tabela 18) . Destas, 7 foram realizadas em contexto de CP, sendo as restantes 20 em contexto de CA. As mulheres foram mais referenciadas que os homens (n=18, 66%), com uma média de idades à data da referenciação de 49,4 anos (mínimo 1 ano, máximo 85 anos). Para todos, foi verificada a área de residência e encaminhados para o Serviço de Urgência com capacidade de atendimento pela respetiva especialidade. Em relação às referenciações externas não hospitalares e às referenciações internas, de destacar o elevado número de referenciações internas para a equipa de enfermagem (*n*=69; 75% das referenciações internas). Procurou-se realizar a emissão da guia aquando da referenciação interna à equipa de enfermagem, todavia este valor poderá estar ainda subestimado. Nas referenciações para Medicina Física e Reabilitação foram contabilizadas apenas as primeiras referenciações.

#### 2.3.1.3. Novos problemas / ano

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Tabela 20: Principais novos problemas identificados pelo candidato.* | | |
| **Problema** | | **n** |
| |  | | --- | | T83 - Excesso de Peso | | | 22 |
| |  | | --- | | T82 - Obesidade | | | 21 |
| |  | | --- | | K86 - Hipertensão sem complicações | | | 14 |
| |  | | --- | | P76 - Perturbação Depressivas | | | 14 |
| |  | | --- | | F05 - Perturbação visual, outra | | | 13 |
| |  | | --- | | P74 - Distúrbio Ansioso / Estado de Ansiedade | | | 10 |
| |  | | --- | | F92 - Catarata | | | 9 |
| |  | | --- | | L87 - Bursite / tendinite / sinovite ne | | | 7 |
| |  | | --- | | L92 - Síndrome do Ombro Doloroso | | | 7 |
| |  | | --- | | T90 - Diabetes Não Insulino-Dependente | | | 6 |
| |  | | --- | | F17 - Abuso do Tabaco | | | 5 |
| Figura 12: Frequência dos capítulos ICPC-2 codificados pelo candidato. | |

Os registos clínicos são um componente essencial dos cuidados médicos, privilegiando-se na MGF, o RMOP. A lista de problemas consiste num resumo dos problemas relevantes da pessoa e de “tudo aquilo que preocupa o médico, o doente ou ambos”. Trata-se de uma lista dinâmica, que deve ser revista regularmente[[19]](#footnote-19).

O candidato procurou atualizar as listas de problemas sempre que possível, incluindo aquando da renovação de medicação crónica. Durante o período em estudo, o candidato codificou um total de 469 novos problemas, dos quais 87,8% (n=412) a utentes da LOF. A tabela 20 representa os novos problemas diagnosticados pelo candidato (apenas nas consultas presenciais). Os diagnósticos ligados aos fatores de risco cardiovasculares (excesso de peso e obesidade), hipertensão, bem como as perturbações ansio-depressivas e as perturbações visuais foram os diagnósticos mais codificados. Considerando os capítulos dos diagnósticos, os diagnósticos seguem o padrão “TLKPD” – sistema endócrino, musculoesquelético, circulatório, psicológico e digestivo.

### 2.3.2. Abordagem dos utentes com problemas de saúde episódicos (consulta aberta)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Tabela 21: Grupos etários observados em CA* | | |
| **Grupo etário** | ***n*** | **%** |
| 0-17 anos | 40 | 8,6% |
| 18-64 anos | 291 | 62,9% |
| ≥ 65 anos | 172 | 37,1% |
| Fonte: SClínico®. % - em relação ao total de utentes observados em consulta aberta (CA) – *n*=463. | | |

A consulta aberta tem como objetivo o atendimento de doenças agudas ou de agudizações no contexto de doenças crónicas, sendo uma competência fundamental da Medicina Geral e Familiar (MGF) a capacidade de distinguir situações que podem ser tratadas em ambulatório daquelas que requerem intervenção urgente nos cuidados de saúde secundários. Esta consulta está disponível diariamente, das 8h às 20h, garantindo fácil acesso e disponibilidade para os utentes.

O candidato realizou 463 CA um total de 394 utentes, 60,3% (*n*=279) do sexo feminino e com uma média de idades de 43,7 anos (min. 6 dias de vida e máx. 91 anos). A maior parte dos utentes observados eram de outros médicos da mesma unidade (n=286, 61,8%), seguindo-se utentes da LOF (n=157, 33,9%) e utentes esporádicos ou sem médico atribuído (n=20, 4,3%), incluindo migrantes. Foram identificados 510 motivos de consulta (*S*), correspondente a uma média de 1,1 problemas por consulta. Em relação aos problemas de saúde (*A*), foram codificados 549 problemas, com uma média de 1,2 problemas por consulta. Pela análise da figura 9, conclui-se que os motivos de consulta mais prevalentes seguem o padrão “ARLDP” pertenciam aos capítulos: Geral e Inespecífico, Aparelho Respiratório, Sistema Musculoesquelético, Aparelho Digestivo e Psicológico.

Figura 13: Frequência dos Motivos de Consulta (S) e dos Diagnósticos efetuados (A) por capítulo do ICPC2 na consulta aberta, pelo candidato. Fonte. SClínico®

A tabela 22 discrimina os 10 motivos de consulta e problemas de saúde mais frequentes na consulta aberta do candidato. Foi registada uma média 1,7 procedimentos por consulta, num total de 784 procedimentos na CA. Os códigos mais utilizados foram \*50 (medicação, prescrição, *n*=350), \*45 (observação, educação para a saúde, aconselhamento, *n*=105), \*66 (referenciação para outro prestador, enfermagem, *n*=49), \*62 (procedimento administrativo, *n*=41), sendo a maioria destes CITs. O candidato pediu a colaboração da equipa de enfermagem em várias consultas (43 procedimentos).

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tabela 22: Principais motivos de consulta e problemas de saúde identificados na consulta aberta | | | | | | |
| **Motivos de consulta (*S*)** | | **Total *n*=510** | | **Problemas de saúde (*A*)** | | **Total *n*=549** |
| **ICPC-2** | **Descrição** | | ***n* (%)** | **ICPC-2** | **Descrição** | ***n* (%)** |
| R05 | Tosse | | 25 (4,9) | R74 | Infecção Respiratória Superior Aguda | 50 (9,1) |
| L03 | Sintoma / Queixa Da Região Lombar | | 20 (3,9) | L18 | Dor Muscular | 26 (4,7) |
| R21 | Sinal / Queixa Da Garganta | | 17 (3,3) | P76 | Perturbação Depressiva | 26 (4,7) |
| A03 | Febre | | 10 (2) | R76 | Amigdalite Aguda | 19 (3,5) |
| L15 | Sintoma / Queixa Do Joelho | | 9 (1,8) | D73 | Gastroenterite Com Infecção Presumível | 17 (3,1) |
| D11 | Diarreia | | 7 (1,4) | L03 | Sintoma / Queixa Da Região Lombar | 17 (3,1) |
| D09 | Náusea | | 7 (1,4) | H71 | Otite Média Aguda / Miringite | 12 (2,2) |
| D10 | Vómito | | 7 (1,4) | R81 | Pneumonia | 12 (2,2) |
| R07 | Espirro / Congestão Nasal | | 6 (1,2) | A97 | Sem Doença | 12 (2,2) |
| A62 | Procedimento Administrativo | | 6 (1,2) | A80 | Traumatismo / Ferimento Ne | 12 (2,2) |
| Fonte: SClínico®. Legenda: ICPC-2: classificação internacional de cuidados de saúde primários. Não foram considerados os A31 – Exame de Saúde Parcial codificados. | | | | | | |

### 

### 2.3.3. Caraterização dos problemas de saúde prevalentes – grupos de risco

2.3.3.1 Hipertensão arterial

As estimativas de prevalência de HTA em Portugal variam entre os 42,2% na população entre os 18 e os 90 anos (estudo PHYSA[[20]](#footnote-20) de 2011/2012) e os 36,0% entre os 25 e os 74 anos (primeiro inquérito

|  |  |
| --- | --- |
| *Tabela 23: Comorbilidades principais dos utentes hipertensos.* | |
|  | **Mediana (Q1-Q3)** |
| Pressão arterial sistólica | 140 [130-149] |
| Pressão arterial diastólica | 80 [70-85] |
| IMC | 28,8 [26,2-31,6] |
| Creatinina | 0,79 [0,68-0,91] |
| Triglicerídeos | 109 [86-143] |
| Colesterol HDL | 49 [41,0-57,0] |
| Colesterol Total | 172,5 [149,3-194] |
| LDL estimado\* | 98,9 [76,1-116,4] |
| Legenda: LDL estimado pela fórmula de Friedewald | |

nacional de 2015[[21]](#footnote-21)). Em ambos os estudos havia predomínio desta patologia no sexo masculino. Na LOF estavam inscritos, em dezembro de 2024, 410 utentes com diagnóstico de hipertensão, com uma prevalência de HTA na LOF de 23,2%, algo inferior aos estudos indicados e com uma ligeira predominância no sexo feminino.

|  |  |
| --- | --- |
| *Tabela 24: Fatores de risco entre utentes HTA* | |
| **Fator de risco** | **n (%)** |
| Dislipidemia | 131 (44,3) |
| Excesso de Peso | 147 (49,7) |
| Diabetes Mellitus | 106 (35,8) |
| Obesidade | 125 (42,2) |
| Excesso de álcool | 14 (4,7) |
| Tabagismo | 22 (7,4) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Tabela 25: Número de LOA por consulta e por utente, nos utentes com hipertensão arterial observados pelo candidato.* | | |
|  | **Consultas** – n (%) | **Utentes** – n (%) | |
| **Sem LOA** | 277 (72,1) | 215 (72,6) | |
| **Pelo menos 1 LOA** | 107 (27,9) | 81 (27,4) | |
| **Pelo menos 2 LOA** | 24 (6,3) | 17 (5,7) | |
| **3 ou mais LOA** | 12 (3,1) | 7 (2,3) | |

Em MGF3, o candidato realizou 186 consultas presenciais de vigilância de rotina de HTA a 162 utentes únicos (*vide* 2.3.1), e realizou mais 198 consultas a utentes com HTA (134 utentes únicos adicionais) observados noutras consultas presenciais programadas de outras tipologias, excluindo a consulta de CIT e de DPOC (p.e. a indivíduos com DM, num total de 35% das consultas a utentes com hipertensão como problema). Considerando os utentes únicos avaliados (n=296), a maioria eram mulheres (57,9%), com uma média de idades de 65,5 anos à data da consulta (mín. 33, máx. 91). A taxa de cobertura aos HTA da LOF pelo candidato foi de 65,3% (268 observações de utentes da LOF).

O candidato realizou 81 consultas presenciais a utentes com “hipertensão com complicações” (*K87*) codificada (n=28 utentes únicos), todavia, avaliando as lesões de órgão alvo individualmente é possível perceber existe subcodificação deste código na LOF, pelo que é um potencial ponto de melhoria doravante. O candidato realizou um total de 107 consultas programadas (27,9%) de consultas a utentes com lesões de órgão-alvo, e que, portanto, podem ser considerados como “hipertensão com complicações”. Para o cálculo foram excluídos todos os contactos não presenciais (incluindo telefónicos), bem as consultas não programadas. Não existiam utentes em idade pediátrica com diagnóstico de hipertensão na LOF. Em maior detalhe, pode-se verificar que o rim e o coração são os órgãos com maior frequência de lesões órgão-alvo identificados.

No que respeita ao controlo do perfil tensional, considerando o *cut-off* de tensão arterial (TA) inferior a 140/90 mmHg, verificou-se a medição no consultório encontrou-se dentro dos alvos terapêuticos em 45,3% das consultas (*n*=174). Apesar de não ser o desejável, a medição isolada da pressão arterial no consultório pode não refletir o verdadeiro controlo da pressão arterial, pelo que sempre que um valor anormal foi detetado, o utente foi encaminhado para realização de MAPA ou AMPA ou vigilância do perfil tensional por enfermagem. Foi também fornecido documento apropriado para registo do perfil tensional e solicitada a entrega do registo em regime não presencial ou presencial, conforme critério clínico.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Tabela 26: Comorbilidades por consulta e por utente nas consultas realizadas.* | | | |
|  | **Consultas** – n (%) | **Utentes** – n (%) | **Idade** - média(mín e máx) |
| Nefropatia (TFG<60 mL/min e/ou albuminúria) | 125 (32,6) | 84 (28,3) | 66,5 (46; 85) |
| Doença coronária / EAM | 21 (5,4) | 15 (5,1) | 67,4(53,84) |
| Insuficiência cardíaca | 30 (7,8) | 18 (6,1) | 68,2(51,85) |
| AVC / AIT / LEI | 17 (4,4) | 9 (3,0) | 65,5(53,83) |
| Retinopatia | 15 (3,9) | 8 (2,7) | 65,5(57,78) |
| DAP | 13 (3,4) | 9 (3,0) | 72,2(53,84) |
| Legenda: EAM – enfarte agudo do miocárdio. AVC – acidente vascular cerebral. AIT – acidente isquémico transitório. DAP – Doença arterial periférica. | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Tabela 27: Risco Cardiovascular dos utentes e controlo de LDL* | | |
|  | **n utentes** – n (%) | **LDL no alvo** – n (%) |
| **Muito alto risco CV** | 87 (30,1) | 29 (33,3) |
| **Alto risco CV** | 151 (52,2) | 43 (28,5) |
| **Baixo-moderado risco CV** | 51 (17,6) | 18 (35,3) |
| Legenda: Alvos de LDL definidos pelas *2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk[[22]](#footnote-22).* 7 utentes não tinham valores de LDL recente que permitissem aferir o risco CV (n válido de 170). | | |

.

|  |  |
| --- | --- |
| *Tabela 28: Estimativa dos estadios de função renal dos utentes HTA* (n=287)*.* | |
| **Estadio** | **n (%)** |
| Estadio 1 | 184 (64,4) |
| Estadio 2 | 75 (26,1) |
| Estadio 3 A | 12 (4,2) |
| Estadio 3 B | 13 (4,5) |
| Estadio 4 | 3 (1,0) |

|  |
| --- |
| *Tabela 29: Modalidades terapêuticas nos utentes observados pelo candidato.* |
| **Terapia** – n (%) |
| Monoterapia – 97 (32,8) |
| Dupla – 142 (48,0) |
| Tripla – 46 (15,5) |
| Quádrupla – 10 (3,7) |
|  |

No que respeita ao risco cardiovascular, foi possível recorrer ao SCORE-2, SCORE-2-OP, e SCORE2-DM para o seu cálculo (tabela 27). Dos utentes elegíveis, sete utentes não apresentavam um perfil lipídico recente que permitisse a utilização destas ferramentas de cálculo. A maioria pertencia ao grupo de alto risco, e praticamente um terço ao de muito alto risco. O controlo lipídico abaixo detalhado encontrava-se aquém do desejado de acordo com as recomendações mais atuais, ficando-se nos 31,3%. Apesar disso, nos utentes estudados, o candidato prescreveu estatina a um total de 173 utentes, e associação de estatina com ezetimibe a 9 utentes adicionais. Seria útil o estabelecimento futuro de um plano de acompanhamento interno com vista a melhoria do número de utentes no alvo de LDL, sobretudo tendo em conta o perfil de risco elevado da LOF.

A função renal foi também estimada, pela fórmula CKD-EPI 2021, disponível online[[23]](#footnote-23). Aproximadamente 10% dos utentes enquadram-se em doença renal crónica estadio 3 ou superior, o que motiva a necessidade de ajustes terapêuticos.

Relativamente ao padrão de prescrição, a associação mais frequentemente prescrita pelo candidato foi ARA com diurético tiazida (n=62), sendo que em monoterapia, os beta-bloqueadores (n=39) e os bloqueadores dos canais de cálcio (n=36) foram os fármacos mais prescritos. A associação tripla (em comprimido único) mais utilizada foi o IECA + diurético + BCC.

#### 2.3.3.2 Diabetes mellitus

Em dezembro de 2024, estavam inscritos na LOF 209 utentes com diagnóstico de *Diabetes Mellitus,* correspondendo a uma prevalência na LOF de 11,8%, com resultados semelhantes às estimativas populacionais de DM. Em 2018, a prevalência estimada de DM na população portuguesa entre os 20 e os 79 anos era de 13,6% (7,7% diagnosticada)[[24]](#footnote-24).

No período em estudo, considerando o candidato realizou 233 consultas presenciais de DM, a 170 utentes com este diagnóstico (embora tenham sido observados utentes com este diagnóstico em consultas de outras tipologias, incluindo consulta aberta). A taxa de cobertura da LOF foi de 69% (correspondente a 143 utentes da LOF avaliados).

Dos utentes avaliados, 51,5% (*n*=87) eram do sexo masculino e a média de idades de 66,7 anos (min. 32 anos e máx. 90 anos). Conforme expectável, a faixa etária mais prevalente era a dos idosos (n=105, 62,1%) A totalidade dos utentes observados tinha DM tipo 2. O tempo médio de evolução era 14,2 anos, com um tempo médio de evolução de 10,4 anos (min. inferior a 1 ano e máx. 44 anos).

|  |
| --- |
|  |
| Figura 14: Distribuição dos valores da **Hemoglobina Glicada.** |

O controlo metabólico é monitorizado com recurso à hemoglobina glicada (HbA1C), sendo avaliada pelo menos semestralmente, nos casos de bom controlo glicémico. Quatro utentes não tinham HbA1c atualizada no momento na consulta ou até ao final do ano). A *American Diabetes Association* (ADA)[[25]](#footnote-25) define o controlo da glicemia perante valores de HbA1C inferior a 7%, apesar do alvo dever ser individualizado. A HbA1C média dos diabéticos observados era de 6,9% (min. 5,1% e máx. 9,8%), com 59,2% (*n*=84) a cumprir o alvo terapêutico inferior a 7%.

|  |  |
| --- | --- |
| *Tabela 30: Biometria e fatores de risco cardiovasculares dos diabéticos observados pelo candidato.* | |
|  | **Mediana (Q1-Q3)** |
| **Pressão arterial sistólica** | 140 [130-149] |
| **Pressão arterial diastólica** | 77 [70-80] |
| **IMC** | 28,7 [26,1-31,6] |
| **Creatinina** | 0,77 [0,67-0,91] |
| **Triglicerídeos** | 122 [93-162] |
| **Colesterol HDL** | 49 [41-57] |
| **Colesterol Total** | 163 [139-185] |
| **LDL estimado\*** | 84 [66-110] |
| **Perímetro abdominal** | 103 [98-111] |
|  | **n (%)** |
| **Abuso do álcool** | 6 (4) |
| **Abuso do tabaco** | 18 (11) |

O candidato estudou os fatores de risco cardiovasculares bem como as complicações micro e macrovasculares relacionadas com a *Diabetes* *Mellitus*.

A comorbilidade mais frequente foi a hipertensão, estando presente em 65,9% dos utentes com DM (n=112). No que respeita ao controlo do perfil tensional, considerando o *cut-off* de tensão arterial (TA) inferior a 140/90 mmHg, verificou-se a medição no consultório encontrou-se dentro dos alvos terapêuticos em 68,8% das consultas (*n*=117); todavia, se considerarmos o alvo mais adequado de 130/80 mmHg, o controlo tensional na consulta desce para os 37,6% (n=64). À semelhança do previamente discutido para a hipertensão arterial, a medição isolada da pressão arterial no consultório pode não refletir o verdadeiro controlo da pressão arterial, pelo que sempre que um valor anormal foi

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Tabela 31: Número de lesões de órgão-alvo por utente diabético.* | | |
|  | **Utentes** – n (%) | |
| Sem LOA | 71 (41,7) | |
| Pelo menos 1 LOA | 99 (58,4) | |
| Pelo menos 2 LOA | 20 (11,7) | |
| 3 ou mais LOA | 7 (3,5) | |
| Tabela: Número de lesões de órgão-alvo por utente diabético | |

detetado, o utente foi encaminhado para realização de MAPA ou AMPA ou vigilância do perfil tensional por enfermagem. Foi também fornecido documento apropriado para registo do perfil tensional e solicitada a entrega do registo em regime não presencial ou presencial, conforme critério clínico. Outra comorbilidade relevante é a presença de nefropatia nestes utentes, pelo que a tabela apresenta o estadio KDIGO da função renal, verificando-se que mais de dois terços dos utentes apresentavam uma função renal dentro do desejável.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Tabela 32: Lesões de órgão-alvo mais comuns nos diabéticos.* | | |
|  | **Utentes** – n (%) | **Idade -** média (mín e máx) |
| Nefropatia (TFG<60 mL/min e/ou micro/macroalbuminúria) | 81 (47,9) | 66,5 (46; 85) |
| Doença coronária / EAM | 7 (4,1) | 67,4 (53,84) |
| Insuficiência cardíaca | 8 (4,7) | 68,2 (51,85) |
| AVC / AIT / LEI | 11 (6,5) | 65,5 (53,83) |
| Retinopatia | 10 (5,9) | 65,5 (57,78) |
| DAP | 4 (2,4) | 72,2 (53,84) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tabela 33: Risco cardiovascular dos utentes e controlo de LDL Quatro utentes não tinham valores de LDL recente que permitissem aferir o risco CV (n válido de 166). | | |
|  | **Utentes** – n (%) | **LDL no alvo** – n (%) |
| Muito alto risco CV | 36 (21,8) | 5 (14,7) |
| Alto risco CV | 117 (70,2) | 38 (32,3) |
| Baixo-moderado risco CV | 13 (8,0) | 4 (30,7) |

No que respeita ao risco cardiovascular, foi possível recorrer ao SCORE2-DM e ao SCORE2-OP (com a variável DM definida) para o seu cálculo. Dos utentes elegíveis, quatro utentes não apresentavam um perfil lipídico recente que permitisse a utilização destas ferramentas de cálculo. O controlo lipídico abaixo detalhado encontrava-se aquém do desejado de acordo com as recomendações mais atuais, ficando-se nos 27,6%. De referir, contudo que 54,7% (n=93) dos utentes encontravam-se medicados com estatina, ezetimibe ou ambos, pelo admite-se que a inércia terapêutica estará mais relacionada com o aumento das dosagens que com a introdução farmacológica *per se.* O rastreio da nefropatia diabética é feito com recurso à determinação da microalbuminúria e taxa de filtração glomerular. O valor de microalbuminúria encontrava-se desatualizado em oito utentes. Os estadios da doença renal crónica encontram-se na tabela acima. No que respeita ao rastreio da retinopatia diabética (RD), este é de base populacional, sendo promovido pela ARS Norte e integrado na plataforma SiiMa Rastreios®. 17 utentes faltaram a avaliações anteriores, pelo que eram elegíveis para realizar rastreio em 2024. Foram identificados 18 utentes com necessidade de avaliação secundária por Oftalmologia no rastreio, dois dos quais por resultado positivo para RD. No que respeita ao rastreio do pé diabético, a intervenção é realizada habitualmente ao nível de enfermagem, sendo referenciado ao médico a presença de alterações de novo. Dos utentes observados pelo candidato, 156 (91,7%) tinham registo de rastreio. Em relação às imunizações, todos os diabéticos observados tinham o Programa Nacional de Vacinação (PNV) atualizado. Em relação à vacinação contra o Influenza, 84,4% (*n*=143) tinham sido vacinados (cinco recusas documentadas). A taxa de vacinação contra a COVID-19 era semelhante

Considerando a vacinação antipneumocócica, o candidato prescreveu vacinação a 23 utentes adicionais vacinações pneumocócicas (13 Pn23/Pn13 e 10 Pn20), aumentando a taxa de vacinação pneumocócica dos utentes observados em 13,5% (previamente situada nos 5,1%), alcançando-se uma taxa de 18,6%. Encontram-se registados no SOAP 11 recusas de vacinação anti-pneumocóccica na subpopulação de DM. Não houve registos de vacinação contra a zona ou contra o RSV nos candidatos, tendo sido

|  |  |
| --- | --- |
| *Tabela 34: Terapêutica para a Diabetes Mellitus dos utentes observados pelo candidato. n=170.* | |
| **Terapia** | **n (%)** |
| Monoterapia | 83 (48,8) |
| Dupla | 38 (22,4) |
| Tripla | 23 (13,5) |
| Quádrupla | 26 (15,3) |
| aGLP1 | 15 (8,8) |
| Insulina | 19 (11,0) |
| Tabela: Terapêutica para a Diabetes Mellitus dos utentes observados pelo candidato. n=170. | |

proposta a mesma nos utentes em particular situação de risco (ex: com DPOC como co-morbilidade), tendo, contudo, em todas as situações. ambas as vacinas sido recusadas por motivos económicos.

Relativamente ao padrão de prescrição, o fármaco mais frequentemente utilizado em monoterapia foi a metformina (n=48 utentes), seguida da sitagliptina (n=16) e da dapagliflozina (n=16). A associação fixa mais frequentemente prescrita foram dapagliflozina+metformina (n=24) e a metformina+vildagliptina (n=10). A insulina mais prescrita foi a degludec (n=17), enquanto o análogo mais utilizado foi o dulaglutido (n=12).

2.3.3.3 Utentes sob Certificados de Incapacidade Temporária para o Trabalho

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Tabela 35:Caracterização dos utentes sob CIT com duração igual ou superior a 30 dias.* | | |
| **Idade** – mediana (AIQ) | 51,5 [43,5-58,0] | |
| **Género**  Feminino – n (%) | 41 (59,4) | |
| **IMC** – mediana (AIQ) | 29,1 (25,7-31,3) | |
| **Hipertensos** – n (%) | 17 (24,6) | |
| **Diabéticos** – n (%) | 7 (10,1) | |
| **Tipo de CIT** - n (%)  Doença Natural  Doença Direta  Doença Profissional  Acidente Trabalho | 58 (84,1)  5 (7,2)  5 (7,2)  1 (1,4) | |
| **Duração do CIT** - dias - mediana (AIQ) | 226 [114-494] | |
| **Motivo inicial do CIT** – motivo - n (%)  Patologia ortopédica   Patologia psiquiátrica   Patologia gastro-cirúrgica   Patologia oncológica   Patologia cardiovascular   Patologia reumatológica   Patologia vascular   Patologica ginecológica | 34 (49,3)  19 (27,4)  5 (7,2)  5 (7,2)  2 (2,9)  2 (2,9)  1 (1,4)  1 (1,4) | |
| **Situação de litigância com a entidade patronal** – n (%) | 7 (10,0) | |
| **Pelo menos um problema psicológico - n utentes** – n (%) | 49 (71,0) | |
| **Pelo menos um problema social** - n utentes (%) | 15 (21,7) | |
|  | |
|  | |

O candidato escolheu caracterizar utentes aos quais tenha participado na emissão inicial ou na prorrogação de um Certificado de Incapacidade Temporária (CIT), desde que o utente tenha tido estado sob CIT durante pelo menos 30 dias, e o candidato tenha participado na emissão inicial e/ou prorrogação(ões) de CIT. Este critério foi aplicado para exclusão de CIT de curta duração e por patologia autolimitadas. Esta “população”, apesar de se encontrar em idade ativa, apresenta, em teoria, patologia mais grave que justifica a prorrogação do CIT, é mais consumidora de recursos de saúde, e, do ponto de vista biopsicossocial, tem de enfrentar a incerteza relativa à sua doença e prognóstico; enfrenta repercussões socioeconómicas, com redução de rendimentos e incertezas quanto ao regresso ao trabalho; podem sofrer descondicionamento físico ou perda de competências profissionais; e estão sujeitos a obrigações legais e administrativas que, se não cumpridas, podem agravar ainda mais a sua situação.

O candidato identificou 69 utentes nestas condições, que consumiram em média 2,43 consultas (superior às 2,23 consultas por ano identificadas nos doentes complexos). Estes utentes eram predominantemente do sexo feminino, com um IMC mediano compatível com excesso de peso (com mais de 25% dos utentes com obesidade), apresentavam em cerca de um quinto dos casos pelo menos um problema social e em cerca de 70% pelo menos um problema psicológico (além do que motivava o CIT). Os tipos de CIT mais frequentes foram por Doença Natural (84,1%), seguindo-se a Doença Direta e a Doença Profissional. O litígio com a entidade empregadora estava presente num décimo dos casos, situações nas quais o candidato teve oportunidade de ressalvar o papel da Medicina do Trabalho na avaliação das condições médicas do posto de trabalho e de informar da existência da Autoridade para as Condições do Trabalho, nos casos em que os utentes sentiam que os seus direitos alegadamente estariam a ser violados. As patologias mais responsáveis por estes CITs foram a ortopédica (n=34), e a psiquiátrica (n=19). No caso da patologia ortopédica, identificaram-se vários casos de utentes em lista de espera para a cirurgia e/ou em fase de convalescença. A nível psiquiátrico, a depressão foi a causa mais identificada, embora 3 utentes se encontrassem de CIT devido ao abuso do álcool (ou a consequências orgânicas da mesma) e sob tratamento. Dois utentes encontravam-se de CIT por perturbações obsessivas-compulsivas com interferência nas atividades de vida diária e um outro em fase de convalescença por episódio maniforme, em contexto de doença bipolar.

### 2.3.4. Vigilância de grupos com necessidades específicas

|  |  |
| --- | --- |
| *Tabela 36: Caracterização dos utentes que foram observadas pelo candidato nas consultas de planeamento familiar.* | |
| **Idade** *em anos* – mediana (AIQ) | 37,5 (29,8-45,3) |
| **Idade à menarca** *em anos* – mediana (AIQ) | 12,3 (11,1-13,0) |
| **Gestações prévias** - n (%)  Nulíparas  Primíparas  Multíparas | 12 (29,3)  13 (31,7)  14 (34,1) |
| **Abortamentos** - n (%)  Espontâneos  IVG | 1 (2,4)  1 (2,4) |
| **Fatores de risco CV** - n (%)  Pressão arterial elevada  Dislipidemia  Excesso de Peso  Obesidade  DM  Abuso do álcool  Abuso do tabaco | 8 (19,5)  3 (7,5)  2 (4,8)  14 (35,0)  0 (0)  1 (2,4)  4 (9,8) |
| **Rastreios** - n (%)  RCCU atualizado  Rastreio mama atualizado | 28 (84,8)  31 (93,9) |
| **Vacinação** - n (%)  PNV atualizado  Vacinação HPV | 40 (97,6)  13 (31,7) |

#### 2.3.4.1. Planeamento Familiar

A consulta de planeamento familiar (PF) destina-se a mulheres entre os 15 e os 54 anos de idade e a homens sem limite de idade. Os seus objetivos incluem a promoção da sexualidade saudável e segura, informar e planear cuidados de preconceção, identificar e orientar problemas de saúde neste contexto e efetuar os cuidados de vigilância oncológica. O indicador da taxa de utilização de consulta de PF da LOF situou-se nos 45,24% em dezembro de 2024, dentro do intervalo esperado e acima da média nacional e da ULS. A taxa de cobertura do candidato às utentes da LOF elegíveis, em consulta de PF, foi de 8,6% (n de utentes 15-54 anos de 493). Nenhum homem recorreu à consulta de PF. Se considerarmos toda a população do sexo feminino dentro das faixas etárias às quais o candidato realizou consulta programada, para a mesma população elegível, a taxa de cobertura sobe para 20,7% (considerando 102 utentes adicionais identificados). Para análise consideraram-se todas as consultas realizadas com a tipologia PF, agendadas com este intuito, e que cumpriam os critérios de idade e de inexistência de motivo de exclusão, num total de 51 consultas a 41 utentes únicas (*vide 2.3.1)*. As utentes tinham uma mediana de idades próxima dos 38 anos, havendo uma distribuição semelhante entre nulíparas, primíparas e multíparas. O fator de risco cardiovascular mais prevalente foi a obesidade, presente em mais de um terço das utentes observadas pelo candidato. Foram solicitados três estudos pré-concecionais no âmbito da atividade de planeamento familiar. Duas utentes observadas tinham amenorreias em estudo. De destacar quanto a antecedentes ginecológicos: miomas

|  |  |
| --- | --- |
| *Tabela 37: Métodos contracetivos das utentes observadas pelo candidato.* | |
| **Sem método contracetivo** - n (%)  Sem coitarca  Opção do casal  Amenorreia em estudo | 3 (7,3)  1 (2,4)  2 (4,9) |
| **Método contracetivo** - n (%)  ACO combinado  ACO progestativo  Implante subcutâneo  SIU LNG  Laqueação tubar  Anel Vaginal | 16 (39,0)  3 (7,3)  7 (17,1)  4 (9,8)  4 (9,8)  1 (2,4) |
| **Com contraindicação para oral combinado** - n (%)  Categoria 3  Categoria 4 | 3 (7,3)  0 (0) |
| **Solicitação de estudo pré-concecional** - n (%) | 3 (7,3) |
| **Colocação de implante subcutâneo pelo candidato** - n (%) | 6 (14,6) |
| **Referenciação para colocação de SIU pelo candidato** - n (%) | 3 (7,3) |

uterinos – n=4; pólipo do endométrio – n=3; síndrome do ovário poliquístico – n=1; útero bicórneo – n=1.

Praticamente todas as utentes observadas tinham os rastreios atualizados, tendo sido solicitada mamografia de rastreio e colhido (ou agendado) rastreio nas restantes. A prevalência vacinal para o HPV foi relativamente baixa (n=13, 31%), estando relacionada maioritariamente com vacinação no âmbito do PNV, introduzida em 2008 (de recordar que 25% das utentes tinham idades inferiores a 29,8 anos, sendo, portanto, abrangidas pela vacinação gratuita no âmbito do PNV). A maioria das mulheres optou pelo ACO (n=19, 46,3%), embora praticamente 1 em cada 5 mulheres tenha optado pelo implante subcutâneo. Foi realizado um *switch* de ACO combinado para progestativo por enxaqueca com aura. Duas utentes sob ACO apresentavam IMC superior a 35; nenhuma utente apresentava tabagismo ativo em idade igual ou superior a 35. Na unidade de colocação do candidato, não é realizada a colocação de sistemas intrauterinos, pelo que o candidato não teve contacto com a realização deste procedimento durante MGF3 (apenas no estágio de Saúde da Mulher em MGF2), tendo referenciado ao Serviço de Ginecologia do hospital de referência as utentes que, após ser prestada informação sobre as diferentes opções do ponto de vista contracetivo, optaram por este método. O candidato colocou um total de 6 dispositivos cutâneos, dos quais 4 envolveram remoção do dispositivo prévio.

#### 2.3.4.2. Saúde Materna

A consulta de Saúde Materna preconiza a vigilância da gravidez de baixo risco, com os objetivos de promover a saúde ao longo da gestação, identificação precoce de fatores de risco e complicações e apoio na preparação para o parto e parentalidade, bem como a revisão do puerpério. Seguiu-se a periodicidade recomendada pela DGS, com eventuais adaptações consoante a gestante. O Boletim de Saúde da Grávida deve ser preenchido em todas as consultas com a informação relevante. A LOF teve um total de 12 grávidas durante 2024, tendo o candidato realizado um total de 24 consultas a 10 utentes da LOF e a 5 grávidas adicionais de outros médicos ausentes ao serviço. Assim, calculou-se uma taxa de cobertura pelo candidato às grávidas da LOF de 62,5%. Todas as grávidas com gravidez concluída cumpriram o seu plano de seguimento (tendo pelo menos 6 consultas). Para a presente análise, consideram-se as grávidas observadas pelo candidato (e as revisões puerperais). Identificou-se uma situação de uma grávida adolescente (15 anos). A mediana de idades encontrava-se próxima dos 30 anos, correspondendo cerca de dois terços a primíparas, seguindo-se as nulíparas (26,7%). Quatro utentes tiveram abortamentos espontâneos (todos do primeiro trimestre), havendo uma utente que teve abortos de repetição (G5P2A3). A maior parte das grávidas era saudável, tendo sido identificados os seguintes antecedentes: síndrome ovário policístico (n=1), microprolactinoma (n=1), enxaqueca (n=1), *bypass* gástrico (n=1), O fator de risco cardiovascular mais prevalente foi o excesso de peso medido

|  |  |
| --- | --- |
| *Tabela 38: Caracterização dos utentes que foram observadas pelo candidato nas consultas de saúde materna.* | |
| **Idade** *em anos* – mediana (AIQ) | 30,5 (27,8-35,5) |
| **Gestações prévias** - n (%)  Nulíparas  Primíparas  Multíparas | 4 (26,7)  10 (66,7)  1 (6,7) |
| **Abortamentos** - n (%)  Espontâneos  IVG | 4 (26,7)  0 (0) |
| **Fatores de risco CV prévios** - n (%)  Pressão arterial elevada  Dislipidemia  Excesso de Peso  Obesidade  DM  Abuso do álcool  Abuso do tabaco | 1 (6,7)  0 (0)  6 (40,0)  2 (13,3)  0 (0)  0 (0)  2 (13,3) |
| **Rastreios** - n (%)  RCCU atualizado | 14 (93,3) |
| **PNV atualizado** - n (%) | 15 (100) |

|  |  |
| --- | --- |
| *Tabela 39: Descrição de variáveis relativas à gravidez das utentes, e seu desenvolvimento.* | |
| **Gravidez planeada** - n (%) | 11 (0,73) |
| **Gravidez desejada** - n (%) | 1 (100) |
| **Consulta pré-concecional -** n (%) | 8 (0,53) |
| **Semanas à primeira consulta -** mediana (AIQ) | 8 (6-8) |
| **Imunidade**  Toxoplasmose  Rubéola  CMV | 4 (26,7)  14 (93,3)  7 (70,0) |
| **Rhesus negativo** – n (%) | 4 (26,6) |
| **Administração ig Anti-D –** n (%) | 4 (100) |
| **Gripe -** n (%)  **COVID -** n (%) | 4 (26,7)  6 (40,0) |
| **Parto** – n (%)  **Complicações do parto** – n (%)  **Revisão do puerpério realizada** – n (%) | 8 (53,5)  1 (12,5)  7 (87,5) |
| **Referenciadas à consulta hospitalar** – n (%) | 8 (53,5) |
| **Utentes que cumpriram ou a cumprir plano de seguimento -** n (%) | 15 (100) |

previamente ao início da gravidez (40% da amostra). Duas grávidas eram fumadoras, contudo cessaram os consumos após o conhecimento do estado de gravidez. Nem todas as gravidezes foram planeadas, mas todas eram desejadas. De ressalvar que a proporção de gravidezes planeadas era superior ao número de grávidas que realizaram estudo pré-concecional, o que pode indicar uma maior necessidade de investimento na educação para a saúde, no que à relevância do estudo pré-concepcional diz respeito. De referir que das grávidas observadas, uma correspondia a uma gravidez gemelar, uma a uma grávida adolescente, e outra a uma transferência embrionária. Três quartos das grávidas recorreram à primeira consulta em 8 semanas após o início da gravidez, verificando-se que a maioria estava imune à rubéola, mas não à toxoplasmose, pelo que se realizar a devida educação para a saúde neste âmbito. Em 10 das 15 grávidas foi pesquisado o CMV (em parte por obstetras privados, embora sem indicação formal conhecida). Foi administrada imunoglobulina anti-D a 4 mulheres Rhesus negativo. Os rastreios

combinados de primeiro trimestre foram todos negativos, não houve identificação de riscos aumentados de pré-eclâmpsia; houve uma grávida com desenvolvimento de diabetes gestacional e com dilatação pielocalicial do feto, que motivou hospitalar referenciação precoce, as restantes referenciações foram para consulta de termo. A maioria das grávidas (n=8), à data de escrita do presente relatório, já tinham tido os respetivos partos, tendo praticamente todas (n=7) já realizado também a consulta de revisão de puerpério. Apenas uma teve complicações do parto (suspeita de sofrimento fetal), que levaram a parto por cesariana.

#### 2.3.4.3. Saúde Infantil e Juvenil

O âmbito da atividade em Saúde Infantil e Juvenil (SIJ) compreende os cuidados prestados à população com idade igual ou inferior a 18 anos, sendo realizada seguindo os *timings* preconizados pelas recomendações da DGS, englobando também o cumprimento ao PNV. As consultas devem ser de equipa, englobando a consulta médica e de enfermagem. Em todas as consultas é preenchido o Boletim de Saúde Infantil e Juvenil. O candidato realizou 129 consultas de SIJ a 98 utentes únicos, 91 dos quais

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Tabela 40: Descrição dos utentes em idade pediátrica observados pelo candidato.* | | |
| **Idade** *em anos* – mediana (AIQ) | 5 (1,7-10,0) | |
| **Sexo masculino** - n (%) | 53 | |
| **Estratos** *em anos* - n (%)  <1 ano  1-2 anos  Idade pré-escolar (3-5 anos)  Idade escolar (6-10)  Adolescentes (11-17 anos) | 10 (10,2)  20 (20,4)  13 (13,3)  16 (16,3)  23 (23,4) | |
| **Tipo parto** - n (%)  Eutócito  Distócito (ventosas ou fórceps)  Distócito (cesariana) | 51 (52,0)  20 (20,4)  22 (22,5) | |
| **Apgar** - mediana (AIQ)  1º minuto  5 minutos  10 minutos | 9 (9-9)  10 (9-10)  10 (10-10) | |
| **Fatores de risco CV prévios** - n (%)  Pressão arterial elevada  Dislipidemia  Excesso de Peso  Obesidade  DM | 1 (1,0)  0 (0)  4 (4,1)  15 (15,3)  0 (0) | |
| |  |  | | --- | --- | | **PNV atualizado** - n (%)  **Vacinação extra-plano** - n (%)  Rotavírus  Meningite ACWY  Varicela  Hepatite A | 92 (93,8)  67 (68,3)  49 (50,0)  13 (13,3)  7 (7,1) | | **Bom aproveitamento escolar** - n (%)  ***Bullying*** - n (%) | 43 (82,7)  1 (4,3) | | **Tempo de ecrãs** *em horas*- média (desvio-padrão) | 1,4 (1,0) | | **Saúde Oral**  Cheques dentista emitidos pelo candidato – n  Utentes sem lavagens dentárias diárias – n (%)  Utentes com lavagens dentárias insuficientes por dia – n (%) | 21  7 (7,1)  32 (32,7) | | **Hábitos** - n (%)  Consumo regular de álcool  Consumo regular de tabaco  Consumo regular de droga | 1 (4,3)  0 (0)  0 (0) | | **Problemas ativos por utente** - média (desvio-padrão)  **Utentes sem problemas ativos** – n (%)  **Novos problemas identificados pelo candidato** | 0,6 (0,9)  54 (55,1)  27 | | **Referenciações**  Em seguimento hospitalar ativo – n (%)  Referenciações pelo candidato – n (%) | 41 (41,8)  16 (16,3) | | **Desenvolvimento e Contraceção**  Menarca entre adolescentes  Inicio de método contracetivo após menarca | 11 (84,6)  7 (63,7) | | **Seguimento em Pediatria privada** | 61 (62,2) | | |

pertencentes à LOF. Assim, a taxa de cobertura da LOF calcula-se em 25,0%, considerando que a LOF continha 364 utentes em idade pediátrica. A presente análise (tabela 40) considera os utentes observados em SIJ pelo candidato.

A faixa etária mais prevalente foi a dos adolescentes (23,4%), seguindo-se a faixa do 2º e 3º ano de vida (20%). A maioria dos partos foram eutócitos e de termo, com valores de Apgar normais. O fator de risco mais prevalente foi a obesidade infantil – 15,3%. Mais de 90% das crianças cumpriam a vacinação prevista pelo PNV à data de recolha dos dados, tendo sido encaminhadas com guia de enfermagem as situações identificadas de não cumprimento. A vacina extra-plano mais utilizada foi a do rotavírus (cerca de 2/3 das crianças), seguindo-se a da meningite ACWY, com 50%. Mais de 80% das crianças apresentavam um bom rendimento escolar. O tempo de ecrãs foi alvo de abordagem, tendo-se identificado uma média de 1,4 horas de uso diário. De acordo com a SPP, este número deve ser nulo até aos 18 meses e até 60 minutos em crianças até aos 5 anos. Foram identificadas algumas situações de excesso de tempo de ecrãs, em particular a partir dos 12 meses, que constituíram oportunidades de educação para a saúde. Uma fração relevante da amostra observada pelo candidato não tinha problemas ativos, contudo 42 utentes (42,9%) apresentava pelo menos um problema ativo, muito próxima à proporção de utentes em seguimento hospitalar ativo. O candidato identificou 27 novos problemas e fez 16 novas referenciações, cuja descrição pode ser encontrada na tabela 41.

|  |  |
| --- | --- |
| *Tabela 41:Novos problemas identificados pelo candidato que foram referenciados e seus motivos.* | |
| *Especialidade* | ***Motivo*** |
| **Cirurgia Pediátrica (n=5)** | Fimose (n=2) | Fenda palatina (n=1) | Hipospádias (n=1) | Criptoquirdia (n=1) |
| **ORL (n=3)**  **Ortopedia (n=3)**  **Dermatologia (n=2)**  **Pediatria Geral (n=2)**  **Pedopsiquiatria (n=1)** | Amigadlites de repetição (n=1) | Atraso de linguagem (n=1) |Hipoacusia (n=1)  Escoliose (n=1) | Pé valgo (n=1) |Entorse joelho (n=1)  Dermatite atópica refratária (n=1) | Nevo em crescimento (n=1)  Obesidade (n=2)  Distúrbio de ansiedade (n=1) |

#### 2.3.4.4. Idosos

|  |  |
| --- | --- |
| *Tabela 42: Caracterização da população idosa observada pelo candidato. De referir que 12 destes utentes foram observados em visitas domiciliárias.* | |
| **Autonomia para as AVDs** – n (%)  Autónomo  Parcialmente autónomo  Dependente | 151 (54,9)  96 (34,9)  13 (4,7) |
| **Gere a própria medicação** – n (%) | 206 (74,9) |
| **Deambula sem apoio** – n (%) | 178 (64,7) |
| **Estado Civil** – n (%)  Casado  Viúvo  Solteiro | 165 (60,0)  68 (24,7)  27 (9,8) |
| **Família Unitária** – n (%) | 38 (13,8) |
| **Teve novo problema identificado pelo candidato** – n (%) | 65 (17,8) |
| **Insuficiência económica** – n (%) | 4 (1,5) |

Em 2020, Portugal apresentava o 2º maior índice de envelhecimento da União Europeia (165,1) e era o 4º país europeu com maior proporção de idosos. O MF tem um papel essencial na promoção de um envelhecimento saudável, com autonomia e qualidade de vida. Pelas caraterísticas que lhes são frequentemente inerentes (multimorbilidade, polifarmácia, dependência, risco social, entre outros), os idosos incluem-se no grupo de utentes vulneráveis. Para os efeitos da presente análise, é considerado como unidade de análise o utente idoso, isto é, com idade igual ou superior a 65 anos que foi observado pelo candidato durante MGF3, em qualquer tipologia de consulta programada (foram excluídas as consultas abertas e de intersubstituição). O candidato realizou um total de 362 consultas a 275 utentes diferentes, com uma idade média à data da consulta foi de 73,0 anos (mínima 65 anos e máximo 91 anos). A distribuição etária pode ser identificada na figura. O candidato observou em consulta programada um total de 203 utentes, correspondentes a uma cobertura de idosos da LOF (n=363) pelo candidato de 55,94%. O género predominante foi o masculino (n=142, 51,6%). Assumindo um *cutoff* de 140/90, praticamente dois terços dos utentes apresentam um perfil tensional abaixo deste limiar (64,1%). De referir ainda que 73 (26,5%) utentes apresentavam pressão arterial sistólica inferiores a 110 mmHg, pelo que foi realizada a pesquisa de sintomas de hipotensão e ajustada terapêutica sempre que necessário. A taxa de filtração glomerular pode ser enquadrada em DRC em estadio 2 ou superior em praticamente metade dos indivíduos (n=122, 44,7%), pelo que a necessidade de estar atento ao ajuste dos fármacos para a função renal é particularmente relevante nesta faixa etária. A maioria apresentava pelo menos uma lesão de órgão-alvo cardiovascular (n=148, 53,8%). Do que respeita aos hábitos, de referir que cerca de 7,2% dos utentes apresentavam hábitos tabágicos atuais (n=20), com abuso do álcool com dependência identificado em 5 utentes (3,6%). Este último valor poderá corresponder a uma subcodificação por parte do candidato.

Figura 15: Distribuição por faixa etária dos idosos observados pelo candidato (anos e frequência).

A taxa de referenciação foi superior à identificada no estudo global de referenciações, com 19,6% destes utentes foram referenciados a alguma consulta externa ou referenciação interna, possivelmente devido às várias co-morbilidades e interações entre as mesmas, que justificam avaliação nos cuidados secundários. Nesta faixa etária, assume também particular relevância no âmbito da educação para a saúde a prevenção de quedas, sobretudo naqueles com patologia osteoarticular de base ou com perfis hipotensivos (cerca de um quarto dos utentes observados em consulta).

O candidato identificou um total de 65 novos problemas, previamente não identificados a estes utentes (17,8% dos utentes), o que corresponde a 23,6% dos utentes com novos problemas identificados.

### 2.3.5- Caracterização das visitas domiciliárias efetuadas

|  |  |
| --- | --- |
| *Tabela 43: Caracterização da Visita Domiciliária* | |
| **Carácter da VD**  Programado  Agudo  **Iniciativa da VD**  OF  Cuidador | 12 (92,3)  1 (7,7)  11 (84,6)  2 (15,4) |
| **Idade** *em anos* – mediana (AIQ) |  |
| **Família** - n (%)  Nuclear  Unitária  Recombinada | 6 (66,7)  2 (22,2)  1 (11,1) |
| **Estado Civil** - n (%)  Casado  Viúvo | 7 (77,8)  2 (22,2) |
| **Comorbilidades** - n (%)  Úlcera de pressão  Dislipidemia  Excesso de peso  Obesidade  Patologia coronária conhecida  HTA  DM  EAM  DAP  DRC | 4 (44,4)  5 (55,5)  2 (22,2)  5 (55,6)  0 (0)  7 (77,8)  6 (66,7)  0 (0)  3 (0,33)  1 (0,11) |
| **Grau de dependência (Barthel)** - n (%)  Dependência Ligeira  Dependência Moderada  Dependência Grave  Dependência Total | 1 (11,1)  2 (22,2)  4 (44,4)  2 (22,2) |
| **Exaustão do cuidador (*Zarit*)** - n (%)  Ligeira  Moderada  Grave | 1 (11,1)  6 (66,7)  2 (22,2) |
| **Vacinação** - n (%)  Gripe  COVID  Pneumocóccica (completa)  VSR | 9 (100)  9 (100)  3 (33,3)  0 (0) |
| **Óbitos** (até término MGF3) - n (%) | 2 (22,2) |

A VD destina-se à avaliação e vigilância de utentes que, tendo necessidades de cuidados de saúde, apresentam impossibilidade temporária ou permanente de se deslocarem à USF. Trata-se de consulta habitualmente programada, embora também possa ter um caráter agudo. Neste caso, apresentam um TMRG de 24 horas, se o motivo agudo foi aceite pelo profissional. A VD, para além da avaliação clínica *per se*, constitui uma oportunidade de avaliar aspetos fundamentais como condições da habitação, a existência de rede de suporte, a organização e cumprimento da medicação prescrita, e o grau de satisfação e exaustão do(s) cuidador(es). Durante o período em estudo, o candidato realizou 13 VD (12 programadas e uma de caráter agudo). Duas foram agendadas por iniciativa do cuidador e as restantes por iniciativa da OF. As 13 VDs foram realizadas a 9 utentes diferentes, que serviram de base à análise. De referir duas situações de maior fragilidade social, associadas a famílias unitárias por viuvez. A comorbilidade mais frequente foi a HTA, seguida pela DM, obesidade e dislipidemia. A presença de úlceras de pressão foi identificada em quatro dos 9 utentes visitados, com acompanhamentos regulares por enfermagem para gestão e vigilância mais próxima. Dois terços das VDs realizaram a utentes com dependência grave ou total (n=6), avaliada pela escala de Barthel, tendo sido identificadas duas situações de exaustão grave do cuidador e seis de nível moderado, através da aplicação da escala de Zarith. Sempre que necessário, em conversa com os cuidadores, foi aconselhada o agendamento de consulta para estes, por forma a fazer o devido acompanhamento deste papel especialmente desgastante. No que respeita à vacinação, e atendendo aos esforços de vacinação ao domicílio, todos apresentavam vacinação para a gripe e COVID, e um terço apresentava vacinação pneumocócica completa. Dois utentes apresentavam vacinação incompleta (apenas uma dose de vacina antipneumocócica ou de 23 ou de 13 serótipos). Nos restantes, foi recomendada a vacinação. A população em VD apresenta vários desafios, passando desde logo pela elevada complexidade técnica dos utentes – a mediana de problemas ativos foi de 10 (AIQ: 9-12), pela polifarmácia, e pela necessidade de gestão adequada do tempo do médico dentro da unidade e fora dela. A articulação com a equipa de enfermagem e com os cuidados da comunidade é crucial para melhorar, ainda que parcialmente, a qualidade de vida destes utentes com necessidades especiais. Para além da prestação clínica em si, é crucial também conhecer - e reconhecer - a dificuldade do papel dos cuidadores. Tratar dos utentes cuidadores também é tratar os utentes cuidados.

### 2.3.6. Aplicação de procedimentos preventivos

As atividades preventivas são um componente da atividade assistencial de MGF, podendo ser dirigidas à população ou grupos com necessidades específicas. Podem ser classificadas em:

Prevenção primordial: medidas políticas que visam evitar estilos de vida que se sabem contribuir para um risco acrescido de doença. Exemplos: legislação protetora relativamente às bebidas alcoólicas, controlo do teor de sal e taxação de açúcar nos alimentos.

Prevenção primária: evitar ou remover a exposição de um indivíduo/população a fator de risco ou causal, antes que o mecanismo patológico se instale. O candidato efetuou aconselhamento e educação para a saúde nas consultas e, se necessário, com apoio de panfletos informativos.

|  |  |
| --- | --- |
| *Quadro 3: Exemplos de prevenção primária aplicados pelo candidato nas consultas* | |
| **Prevenção de doenças cardiovasculares** | Promoção de estilos de vida saudáveis para controlo dos FRCV (com avaliação do peso, perímetro abdominal, consumo de álcool e tabaco, dieta, exercício físico). |
| **Saúde materna** | Suplementação com ácido fólico / iodo / ferro; profilaxia da isoimunização Rh; ensinos quanto à prevenção de infeção pela toxoplasmose nas não imunes. |
| **Saúde infantil e juvenil** | Prevenção da morte súbita do lactente, prescrição de vitamina D no 1º ano de vida, higiene oral e prevenção de cáries, prevenção de acidentes domésticos e rodoviários, vacinação. |
| **Planeamento familiar** | Aconselhamento sobre métodos contracetivos e respetiva importância na prevenção de gravidez indesejada, prevenção de IST, cuidados na pré-conceção (incluindo suplementação com ácido fólico e iodo). |
| **Saúde do idoso e utentes dependentes** | Prevenção de quedas, úlceras de pressão e isolamento social, vacinação. |
| **Prevenção de cancro de pele** | Uso de protetor solar, horário de exposição solar adequado. |
| Legenda: FRCV – fatores de risco cardiovasculares; PA – perímetro abdominal; IST – infeções sexualmente transmissíveis. | |

A vacinação constitui outro exemplo paradigmático da prevenção primária, tendo já sido pormenorizada nos tópicos anteriores em relação aos grupos de risco e vulneráveis. Os indicadores de desempenho da LOF relativos à vacinação foram cumpridos [PNV aos 2 (100%), aos 7 (100%) e 14 (100%), e da vacina do tétano a partir dos 25 anos (97,7%)], exceto o relativo à vacina da gripe gratuita no SNS que se encontrava abaixo do mínimo aceitável (52,1%), muito provavelmente pelas ausências do sector da enfermagem na segunda metade do ano.

Prevenção secundária: Deteção precoce de um problema de saúde num indivíduo/população (assintomáticos), de modo a mudar o curso natural da doença. Podem ser rastreios oportunísticos ou organizados. Além dos rastreios oncológicos de base populacional preconizados (mama, colo do útero, colorretal), é também alvo de rastreio na SIJ: cardiopatias congénitas, doenças metabólicas, audição neonatal, saúde visual infantil, perturbações do espetro do autismo; na SM, o rastreio combinado do 1º trimestre; na DM, o rastreio do pé diabético, retinopatia e nefropatia; na população em geral, o rastreio de osteoporose e infeção pelo VIH. Os rastreios de base populacional encontram-se definidos pelo Despacho n.º 8254/2017, de 21 de setembro, bem como os seus critérios de exclusão. O indicador de desempenho, em novembro de 2024, verificou-se o atingimento do intervalo esperado quanto aos indicadores na LOF relacionados com os rastreios do cancro do colo do útero (82,0%) e colorretal (87,8%).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Tabela 44: Rastreios na LOF, método, utentes elegíveis e consultas realizadas pelo candidato.* | | | |
| **Rastreio**  Idade alvo | **Método** | **Utentes elegíveis** - n | **Consultas pelo candidato** - n (%) |
| **Cancro da mama**  Mulheres, 50-69 anos | mamografia bilateral, com dupla leitura, a cada 2 anos | Elegíveis: 245  Rastreio para atualização em 2024: **134**  Exclusão definitiva:  Cancro da mama: 27 | 96 (71,6) |
| **Cancro do colo do útero**  Mulheres, 25 e os 60 anos | pesquisa de ácidos nucleicos dos serotipos oncogénicos do HPV, em citologia do colo do útero, a cada cinco anos | Elegíveis: 481  Rastreio previsto em 2024: **143**  Exclusão definitiva:  Cancro do colo do útero (n=9)  Histerectomia (n=6)  Exclusões temporárias  - Ausência de coitarca (n=6)  - Seguimento em consulta patologia cervical (n=32, 8 com HPV16 e/ou18) | 42 (29,4) |
| **Cancro colon e reto**  Ambos os sexos entre os 50 e os 74 anos | teste primário: pesquisa de sangue oculto nas fezes (PSOF) pelo método imunoquímico, a cada 2 anos. As estratégias de rastreio podem também incluir exames endoscópicos (a cada 10 anos) \* | Elegíveis: 598  Rastreio previsto em 2024: **289**    Exclusão definitiva:  Cancro do cólon (n=19)  Doença Inflamatória intestinal (n=10) | 184 (63,7) |

Prevenção terciária: Tem como objetivo a gestão da doença crónica, com redução da incapacidade e complicações provocadas pela mesma, permitindo uma precoce reabilitação e reintegração societária. O candidato observou e orientou diversos utentes com doenças crónicas (DM, HTA, DPOC), incentivando o cumprimento terapêutico e rastreando eventuais complicações. Promoveu ainda a adaptação a consequências de certas patologias (através do encaminhamento para reabilitação no convencionado ou através das equipas disponíveis na ULS).

Prevenção quaternária: Tem como finalidade evitar ou atenuar o excesso de intervencionismo médico, do sobrediagnóstico e sobretratamento, que possam, por sua vez, causar dano ao doente. Através da atualização científica regular e através de instrumentos de apoio à decisão clínica, é possível reduzir prescrição com menor validade científica e, particularmente na população idosa, negociar a desprescrição de fármacos crónicos cujo benefício deixa de ser claro pesando o cômputo idade/grau de autonomia.

Prevenção quinquenária: Para evitar dano ao paciente, é necessário que o médico não se encontre sobrecarregado por forma a não levar práticas involuntariamente incorretas. Por ser uma prevenção muitas vezes negligenciada, surgiu o conceito a incluir nas *guidelines* práticas de *time needed to treat*, ou seja, uma estimativa da viabilidade prática da implementação em termos de tempo das recomendações de tratamento. Dado a necessidade de ser trabalhado, o projeto de intervenção na comunidade de profissionais é um exemplo de uma tentativa de auxílio na modificação dos níveis de ansiedade e melhoria de qualidade de vida dos profissionais. Ademais, os protocolos de atuação, manuais de procedimentos e a biblioteca virtual partilhada potenciam a eficácia e gestão da consulta. O candidato procurou também manter o equilíbrio entre o tempo profissional e o pessoal, com prática de atividades de interesse extralaborais e tempo de qualidade em família e amigos.

### 2.3.7. Descrição de outras atividades desenvolvidas

#### Atendimento a Serviço de Atendimento Complementar

|  |  |
| --- | --- |
| *Tabela 45: Diagnósticos realizados pelo candidato no âmbito do SAC e sua frequência.* | |
| **Diagnóstico** | **n (%)** |
| R74 – Infeção respiratória superior | 15 (13,51) |
| aguda | 12 (10,81) |
| R72 – Infeção estreptocócica da | 10 (9,01) |
| garganta | 9 (8,11) |
| R80 – Gripe | 8 (7,21) |
| L99 – Doença do aparelho musculo-esquelético, outra | 7 (6,31) |
| H71 – Otite média aguda/ miringite | 7 (6,31) |
| U71 – Cistite/ infeção urinária outra | 6 (5,41) |
| R78 – Bronquite/ bronquiolite aguda | 5 (4,5) |
| R77 – Laringite/ traqueíte aguda | 4 (3,6) |
| R75 – Sinusite crónica/ aguda | 4 (3,6) |
| S76 – Infeção da pele, outra | 4 (3,6) |

#### No âmbito no Serviço de Atendimento Complementar (SAC) de Santo Tirso (alternativa assistencial aos sábados, domingos e feriados, o Interno realizou um total de 36 horas (6 turnos de 6 horas), realizado em regime de horas extra [III.2.3.A]. Nestes turnos observou 111 utentes, 55,9% (n=62) do sexo feminino e os restantes do sexo masculino. Estes utentes não se encontram contabilizados em 2.3.1. A mediana de idades dos utentes foi de 49 anos, variando entre 10 meses e 87 anos. Houve lugar a nove **referenciações ao SU**, cujos motivos foram: hematúria macroscópica de novo, suspeita de trombose venosa profunda (TVP), suspeita de apendicite aguda, cefaleia com sinais de alarme, febre sem foco numa criança em idade pré-verbal, suspeita de síndrome coronário agudo, uma insuficiência cardíaca agudizada com sinais de instabilidade clínica, atividade delirante de novo, e TCE em doente hipocoagulado. Os dez principais diagnósticos encontram-se na tabela. Observa-se um marcado predomínio da patologia do aparelho respiratório. O acesso ao SAC foi recentemente modificado com a introdução da triagem pela S24, contudo a atividade foi realizada antes da entrada em decreto. Comparativamente com a consulta aberta descrita em 2.3.2., a principal diferença prende-se com a ausência do diagnóstico de perturbação depressiva do top de problemas (n=3 no SAC).

#### Consulta de DPOC

No âmbito da consulta de DPOC da USF AES, o interno realizou consulta em dois moldes distintos. Em 2023, realizou a mesma ao abrigo de carteira adicional de serviço, em regime de horas extras [III.2.5], enquanto em 2024 realizou a mesma dentro do horário, em períodos de 2 horas semanais, num total de 40h, durante 6 meses (5 meses efetivos) [III.2.6]. A descrição desta atividade, no âmbito da carteira adicional de serviço, encontra-se na seção 2.4. A descrição desta atividade, no âmbito da atividade normal, é descrita nesta seção. Foram realizadas 70 consultas neste âmbito, a 68 utentes únicos. Aproximadamente três quartos dos utentes eram homens e idosos. Menos de 10% tinham

|  |  |
| --- | --- |
| *Tabela 46: Caracterização dos utentes observados na consulta de DPOC integrada na atividade normal do candidato.* | |
| **Idade** *em anos* – mediana (AIQ)  **Género masculino** - n (%) | 69 (64-75)  51 (75,0) |
| **Co-morbilidades** - n (%)  HTA  DM  Obesidade  Tabagismo ativo | 5 (7,4)  2 (2,9)  1 (1,4)  6 (9,0) |
| **mMRC** - n (%)  0-1  3-4 | 44 (64,7)  6 (8,8) |
| **Qualidade técnica respiratória** - n (%)  Sem erros  Um erro  Pelo menos dois erros | 36 (52,9)  14 (20,5)  18 (26,4) |
| **Proporção de utentes com espirometria <3 anos (Dezembro - 2024)** - n (%) | 80,7% |
| **Terapêutica** - n (%)  LAMA+LABA  ICS+LABA  Tripla  Candidato ajustou terapêutica | 39 (57,3)  5 (7,4)  24 (27,9)  11 (16,2) |
| **Vacinação** - n (%)  PNV cumprido  Gripe  COVID  Pneumocóccica  VSR | 68 (100)  63 (92,6)  58 (85,2)  32 (47,0)  0 (0) |

tabagismo ativo (embora a maioria fosse ex-fumadora). No que respeita a sintomas, 64,7% tinham um mMRC 0 ou 1, praticamente metade dos utentes cometia pelo menos um erro. O candidato ajustou a

terapêutica a 11 utentes. A vacinação do PNV encontrava-se cumprida em todas, sendo que a vacinação pneumocócica embora longe do ideal, era bastante superior à do início do projeto de 2023 (vide *2.4.1*.).

#### Atendimento a utentes sem médicos e esporádicos (patologia aguda)

No contexto da atividade assistencial e de acordo com o esquema em vigor na ULS, a consulta aberta encontrava-se pode ser agendada no próprio a utentes sem médico ou esporádicos em caso de patologia aguda segundo um esquema rotativo entre as unidades do concelho. De ressalvar que não existe, ao momento, consulta organizada/sistemática programada para utentes sem médico na ULS. O candidato fez consulta aberta a utentes sem médico, dentro do horário normal de trabalho, nestes moldes. Foram realizadas 54 consultas (52 utentes), com uma mediana de idades de 54 anos (37,3-74,3), com uma proporção semelhante entre os sexos (44,2% mulheres). Dois destes utentes foram referenciados para consulta hospitalar. No que respeita a antecedentes, encontravam-se identificados 3 utentes com DRC, 2 com DM e 2 tinham diagnóstico de HTA (embora 7 apresentassem valores fora de alvo). A gestão destes utentes é particularmente desafiante, dada a ausência de seguimento em CSP, o curto tempo disponível em CA para anamnese e definição de plano, e a ausência de informação prévia (apenas 17 (32,7%) dos utentes tinham algum estudo analítico em sistema). [III.2.3.D]

#### Atendimento no âmbito do TraceCOVID

O médico interno realizou acompanhamento de utentes no âmbito da atividade TraceCOVID durante o seu internato (em MGF1) [III.2.1.A]. A atividade neste âmbito foi praticamente diária durante o período de atividade da plataforma, tendo a mesma levantado ao candidato questões sobre a gestão de utentes em regime de teleconsulta, os limites desta avaliação, e também as questões relativas às dificuldades de identificação unívoca do utente no âmbito da teleconsulta/acompanhamento telefónico.

#### Substituição de médicos ausentes ao serviço

O médico interno colaborou, dentro do seu horário assistencial, com a substituição da atividade programada e não programada de outros médicos da unidade, ausentes do serviço [III.2.3.E]. No âmbito da consulta programada, o candidato realizou um total de 96 consultas programadas (a 82 utentes únicos, excluindo-se as consultas dedicadas à DPOC), num total de 32 horas. A mediana de idades do utente era de 60 (37,3-68,8) anos, com a frequências das tipologias as seguintes: Saúde Adultos (n=25), HTA (n=21), DM (n=17), renovação de CIT (n=9), Saúde Materna (n=6), Saúde Infantil e Juvenil (n=4).

## 2.4. Promoção Institucional

### 2.4.1. Prestação de cuidados de saúde a grupos com necessidades especiais

#### Consulta DPOC

|  |
| --- |
| *Quadro 3: Carteira adicional de serviços DPOC, critérios de inclusão e exclusão, parâmetros avaliados.* |
| Inclusão: todos os utentes com o código ICPC-2 “R95 – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica” como problema ativo  Exclusão: em vigilância hospitalar  Utentes recrutados: i) 1ª avaliação: 54 ii) 2ª avaliação: 45 (9 utentes com DPOC clínica não confirmada) |
| Parâmetros avaliados: história de exposição | gravidade dos sintomas | adesão e adequação à terapêutica instituída | técnica inalatória | necessidade de reavaliação da gravidade da obstrução | necessidade de vacinação extra-PNV. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Tabela 47: Parâmetros avaliados na consulta, frequência na 1ª e 2ª avaliações* | | |
| **Parâmetro** | **1ª avaliação** | **2ª avaliação** |
| mMRC 0-1 | 32% | 56% |
| GOLD 3 ou 4 | 36% | 9% |
| Espirometria nos 12 meses anteriores | 28% | 66% |
| Adesão adequada | 64% | 78% |
| Técnica inalatória correta | 32% | 73% |
| Utentes com vacina pneumocócica | 17% | 39% |

Em 2023, o Candidato foi a co-responsável pela elaboração de um protocolo relativo ao diagnóstico e vigilância de utentes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) [III.2.4.A], que veio a ser contratualizado e que resultou na criação de uma carteira adicional de serviços dedicada à vigilância de utentes com DPOC. Neste projeto, o candidato articulou com i) a equipa responsável pelo Projeto de Reabilitação Respiratória da Unidade de Cuidados na Comunidade da Trofa (UCC Trofa) para revisão de técnica ao domicílio nos utentes mais dependentes ii) colaboração da equipa de enfermagem da USF Ao Encontro da Saúde para educação terapêutica, reavaliação da técnica inalatória e administração de vacinas. 28% dos utentes foi referenciado para consulta de enfermagem (para revisão da técnica inalatória) na primeira consulta e 5% na segunda. Foram realizadas ainda duas referenciações para a consulta de apoio intensivo à cessação tabágica e uma referenciação para a consulta de pneumologia.

### 2.4.2. Organização e dinamização de sessões clínicas

Quadro 4: Organização e dinamização de sessões clínicas pelo candidato.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tipologia** | **Local** | **Título** | **Data** | **Comprovativo** |
| Co-autor de apresentação | USF-AES | Utilização da Drive da USF Ao Encontro da Saúde | 01/03/2023 | [III.2.4.B] |
| DPOC - GOLD 2023 e Espirometrias | 20/12/2023 |
| Infertilidade | 31/07/2024 |
| Calçado respeitador | 21/08/2024 |
| Perturbação do Espetro do Autismo | 12/06/2024 |
| Formador  Apresentador | Conselho Técnico do ACeS-STT | Proteção de Dados do Utente | 2021 | [III.2.4.C] |
| USF-AES | Calçado respeitador | 21/08/2024 | [III.2.4.D] |
| Vacinação Extra PNV | 03/07/2024 |
| Metodologias de investigação em Saúde | 23/03/2022 |
| Revisão em SV, DAE e carrinho de emergência | 06/01/2021 | [III.2.4.E] |
| FMIO | “Guidelines/ Recomendações paraa elaboração de trabalhos” | 14/02/2023 | [III.2.4.F] |
| USF Bela Saúde | Desenhos de Estudo e Análise Estatística em MGF | 05/07/2024 | [III.2.4.G] |
| SU - ULS São João | Crise Addisoniana pós-vacinação COVID-19 – um relato de caso | 01/10/2022 | [III.2.4.H] |
| AIMGFZN | “Como elaborar trabalhos científicos?” na 3ª Edição do Curriculum | 22/06/2024 | [III.2.4.I] |
| Organização de Sessões | FMIO | “Nutrição no idoso | 14/02/2023 | [III.2.4.J] |
| “Urgências em Psiquiatria” | 11/04/2023 |
| “Abordagem e tratamento da dispepsia” | 04/07/2023 |
| USF-AES | “Saúde Trans: o papel dos Cuidados de Saúde Primários”. | 2/10/2024 | [III.2.4.K] |
| EINMGFZN e JorNISTT I, II e III | O candidato organizou várias sessões clínicas no âmbito do Departamento Científico de vários eventos (vide 2.5.1), contando com 2 coordenações do mesmo. | 2021-2024 | vide 2.5.1 |
| Moderação | FMIO | “Um caso fatal de não adesão terapêutica na hipertensão” | 02/07/2024 | [III.2.4.F] |
| “Doença de Crohn em idade pediátrica - relato de caso” |
| 28º EIMGFZN | “Por uma Medicina com Norte” – Plenária | 25/10/2021 | [III.2.4.L] |

Legenda: USF-AES: USF Ao Encontro da Saúde. ACeS-STT: ACeS Santo Tirso/Trofa. SU – Serviço de Urgência. AIMGFZN – Associação de Internos de Medicina Geral e Familiar da Zona Norte. FMIO – Formação Mensal de Internos e Orientadores. EIMGFZN – Encontro de Internos de MGF da Zona Norte. JorNISTT – Jornadas do Internato de Santo Tirso/Trofa.

### 2.4.3. Organização e dinamização de núcleos de formação e/ou documentação

Quadro 5: Organização e dinamização de núcleos de formação e/ou documentação

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Entidade** | **Descrição** | **Ano** | **Comprovativo** |
| Núcleo de Internos DI NG II | Membro do da DI Nuno Grande II (mandato 1 ano)  Atividades: organização das FMIO, gestão de email | 2022-23 | [III.2.18] |
| USF-AES | Participou na organização e manutenção do repositório online de documentos da USF |  | [III.2.19] |
| Manutenção de repositório |  |  | [III.2.20] |
| Criação de repositório |  |  | [III.2.21] |
| Manutenção de repositório |  |  | [III.2.22] |
|  |  |  |  |

Legenda: DI NG II: Direção de Internato Nuno Grande II. FMIO – Formação Mensal de Internos e Orientadores. USF-AES: USF Ao Encontro da Saúde.

[III.2.13] Desempenhou também funções de Editor-adjunto da AIMGF Magazine – publicação científica da Associação de Internos da Zona Norte (AIMGF) até 2022 [III.2.13], tendo em 2023 passado a desempenhar funções de Editor de Seção na Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar [III.2.13]. O candidato foi ainda responsável pela criação e manutenção da *webpage* da AMISTT e das várias sessões das JorNISTT [III.2.13].

### 2.4.4. Colaboração na criação ou atualização de protocolos de atuação

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tipologia** | **Descrição** | | **Ano** | **Comprovativo** |
| Elaboração de Documento |  |  | | [III.2.18] |
| Revisão de Documento |  |  | | [III.2.19] |
| Manutenção de repositório |  |  | | [III.2.20] |
| Criação de repositório |  |  | | [III.2.21] |
| Manutenção de repositório |  |  | | [III.2.22] |
|  |  |  | |  |

O candidato colaborou na elaboração dos Critérios de referenciação para Medicina Interna, no âmbito do desenvolvimento do primeiro manual referenciação da ULSMAve [III.2.16]. Desenvolveu também um protocolo de Abordagem da Anafilaxia – algoritmo da ERC (criação), para auxílio na gestão em situações agudas. [III.2.17].

O Candidato colaborou com a preparação da equipa multiprofissional para o processo de recertificação da USF Ao Encontro da Saúde em 2023-24 [III.2.13].

### 2.4.5. Participação em atividades de educação para a saúde

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tipologia** | **Tema** | **População-alvo** | **Comprovativo** |
| Artigo de jornal | A Sociedade, o Estigma e a Doença | População geral | [III.2.18] |
| Sessão para a comunidade | Somos adolescentes – e agora? Descomplicar a sexualidade | Adolescentes | [III.2.19] |
| Panfleto | Dieta hipouricemiante | Utentes da USF | [III.2.20] |
| Panfleto | Calçado respeitador | Utentes da USF | [III.2.21] |
| Sessão para a comunidade | Autocuidar para Melhor Cuidar | Cuidadores Informais | [III.2.22] |

### 2.4.6. Outros

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Descrição da atividade** | **Tema** | **População-alvo** | **Comprovativo** |
| Elaboração de Plano de Acompanhamento Interno |  |  |  |
| Elaboração de Plano de Acompanhamento Interno |  |  |  |
| Revisão de Manual de Procedimentos |  |  |  |
| Participação no Processo de Recertificação da Unidade |  |  |  |

O interno participou em dois projetos financiados a nível Europeu, o COVIDLearning, dedicado a

e no projeto iCOVIP.

## III – CURSOS FREQUENTADOS

### 2.5.1. Organização de jornadas/congressos/outros

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome do evento** | **Tipologia** | **Cargo(s)** | **Data** | **Comprovativo** |
| JornNISTT I | Jornadas | Vice-Presidente |  |  |
| JornNISTT II | Jornadas | Coordenador Científico |  |  |
| JornNISTT III | Jornadas | Coordenador Científico |  |  |
| GP Summit 2.0 | Congresso | Membro da Comissão Organizadora |  |  |
| 28º EIMGFZN | Encontro | Membro do Departamento Científico |  |  |

### 2.5.2. Ações de formação não conferentes de grau

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Igual ou superior a 30 horas** | | | | |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Igual ou superior a 30 horas** | | | | |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

### 2.5.3. Programa de mestrado ou doutoramento com interesse para a MGF

#### 2.5.3.1. Doutoramento

O candidato é doutorando do “Programa Doutoral em Investigação Clínica e em Serviços de Saúde” (PDICSS), na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, com o tema “*Ambulatory Care Sensitive Conditions: from funding to real world evidence”.* []

# IV. TRABALHOS CIENTÍFICOS

## 3.1. Publicações Indexadas

### 3.1.1. Web of Science

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Título** | **Revista** | **DOI** | **Base de indexação** | **Anexos** |
| Medical sharps in Portugal: a cross-sectional survey of disposal practices among the diabetic population | BMJ Open | 10.1136/bmjopen-2021-060262 | Web of Science |  |
| Abstract:  Objective: We aim to determine the disposal site for biohazardous materials resulting from diabetes surveillance and therapy. Design: Cross-sectional study. Setting: Five Portuguese primary care facilities. Participants: We randomly sampled diabetic patients representative of five primary care facilities. Inclusion criteria consisted in patients≥18 years old with an active diagnosis of diabetes mellitus (DM). Patients unable to provide written informed consent were excluded.  Outcome measure: Sociodemographic variables, diabetes duration, type of treatment, medical sharps disposal practices and whether adequate disposal information were provided. Results: A total of 1436 diabetics were included. Overall, 53.8% of diabetics conducted regular capillary glycemia measurements, although 45.3% of them had no medical indication. Statistically significant predictors of adequate disposal were not having an active professional status (p=0.011) and having a DM duration between 5 and 10 years (p=0.014). Only being professionally inactive remained an independent predictor after multivariate logistic regression. Less than a fifth of patients on injectable therapy report having been advised by healthcare staff regarding sharps disposal. Over a fifth of the latter report having received wrong advice. The majority of diabetics dispose of biohazardous materials in unsorted household waste (68.1% of needles/devices with needles and 71.6% of lancets). Other incorrect disposal sites identified were recycling bins, toilet and home accumulation. Only 19.1% of the needles/devices with needles and 13.1% of the lancets were disposed of at healthcare facilities.  Conclusions: Most diabetics have unsafe disposal practices for their biohazardous materials, mostly in unsorted household waste. We identified that being unemployed independently predicts adequate disposal of medical sharps and found evidence of low patient literacy on the topic, as well as poor patient education. Therefore, educating and raising awareness among healthcare professionals is crucial to address this public health issue. Data are available upon reasonable request. | | | | |
| Premature Mortality in Type 2 Diabetes  Mellitus Associated with Heart Failure  and Chronic Kidney Disease: 20 Years of  Real-World Data | Journal of Clinical  Medicine | 10.3390/jcm11082131 | Web of Science |  |
| Resumo: I**ntroduction:**Type 2 diabetes mellitus (T2D) increases the risk of heart failure (HF) and chronic kidney disease (CKD). Nonetheless, evidence of cardiovascular (CV) prognosis is relatively scarce in young T2D patients.  **Purpose:**To estimate the risk of all-cause death, CV death, and non-fatal major CV events (MACEs) in T2D patients younger than 65 years old.  **Methods:**We designed a retrospective cohort study using incident cases of either T2D, HF, or CKD in the population aged 40-65 years, from 1st January 2000 to 31st December 2019. Each individual was followed for up to one year. The primary analysis consisted of survival analysis with Cox proportional hazards to compare one-year risk of all-cause death, CV death, and MACEs between T2D without HF or CKD (T2D), T2D with HF (T2D-HF), and T2D with CKD (T2D-CKD) groups.  **Results:**A total of 14,986 incident adult diabetic patients from the last two decades in our institution were included with an average age at cohort inclusion of 55-58 years old. Glycemic control was similar among groups. The adjusted hazard ratio (HR) of one-year all-cause death was 2.77 (95% CI: 2.26-3.40) for T2D-HF and 3.09 (2.77-3.45) for T2D-CKD compared with the baseline T2D risk. The highest event rate (T2D-CKD) was 0.15 per person-year. The adjusted HR of one-year CV death was 2.75 (95% CI: 2.19-3.46) for T2D-CKD and 2.59 (1.72-3.91) for T2D-HF. The non-fatal MACE risk was significantly increased in T2D-HF or T2D-CKD compared with T2D (2.82 (CI95%: 2.34-3.41) for T2D-CKD vs. 1.90 (CI95%: 1.66-2.17) for T2D-CKD) with a 32% event rate in non-fatal MACEs.  **Conclusions:**Coexistence of HF or CKD is associated with increased premature mortality as well as non-fatal CV events in T2D patients under 65 years old. | | | | |

### 3.1.2. IndexRMP

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Título** | **Revista** | **DOI** | **Base de indexação** | **Anexos** |
| Revisitar a Investigação e a Inovação  em Medicina Geral e Familiar: uma controversa reflexão | Editorial | AIMGF Magazine | Índex das Revistas Médicas Portuguesas |  |
| resumos | | | | |

## 3.2. Trabalhos apresentados

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tipologia** | **Título** | **Forma de apresentação** | **Local de apresentação** | **Anexos** |
| Trabalho de investigação | Literacy of the Portuguese population on vaccination against COVID-19, Tetanus and Influenza | Comunicação oral | 2023 European Forum on Prevention and Primary Care |  |
| Resumo: Resumo: Introdução e objetivos: Uma eficaz promoção de Literacia em Saúde (LS) revela-se fulcral para a adesão a recomendações de vacinação. Baixos níveis de LS estão associados a má adesão às recomendações médicas preventivas e terapêuticas. Pretendeu-se avaliar a LS sobre a vacinação da população portuguesa relativa à vacinação contra a COVID-19, Tétano e Gripe, bem como de fatores que condicionam a sua adesão. Métodos: Foi elaborado um questionário online contendo questões sociodemográficas, relativas a literacia, adesão e intenção de adesão à vacinação contra a COVID-19, Tétano e Gripe. Este contemplou perguntas do tipo escala de Likert e do tipo pergunta de escolha múltipla. O questionário foi distribuído eletronicamente por email para câmaras municipais, universidades públicas e redes sociais. Os resultados obtidos foram alvo de análise estatística. Resultados: Obteve-se um total de 882 respostas, das quais 869 válidas. A média de idades foi de 42.9 (14,54) anos, com 69,15% dos participantes reportando um nível de escolaridade superior ao ensino obrigatório. A prevalência vacinal auto-reportada foi de 852 (98.04%) para a vacinação da COVID-19, 836 (96,20%) para a vacinação do tétano, seguida da vacinação da gripe 240 (27.62%). Foram identificados como fatores preditores independentes de adesão à vacina COVID-19: ser profissional de saúde (coef. 1.782 [1.135-2.800]; p=0.012), idade mais avançada (coef. 1.014 [1.003-1.025]; p=0.011) e ser do sexo masculino (coef. 1.701 [1.191-2.429]; p=0.003). Como preditores de melhor adesão à vacina da Gripe obteve-se os seguintes fatores: idade mais avançada (coef. 1.020 [1.007-1.033]; p=0,003), ser estudante (coef. 8.211 [1.531-43.923]; p=0.014), ser reformado (coef. 8.305 [1.420- 48.583]; p=0,019) e ser profissional de saúde (coef. 3.239 [2.142-4.898]; p<0.001). Quanto aos preditores de melhor adesão à vacina do Tétano obteve-se os seguintes fatores: ser do género feminino (coef 2.755 [1.427-5.319]; p=0.003), ser residente na zona centro (coef. 4.203 [1.464-12.064]; p=0.008), ser residente em Lisboa e Vale do Tejo (coef. 5.982 [1.972-18.139]; p=0.002) e ser residente na região Norte (coef. 3.618 [1.342-9.758]; p=0.011). Discussão: Os preditores de adesão foram: ser profissional de saúde (vacinas COVID-19 e Gripe), ter idade mais avançada (vacinas COVID-19 e Gripe), ser do género masculino (vacina COVID-19), ser do género feminino (vacina Tétano), ser estudante (vacina Gripe), ser reformado (vacina Gripe), ser residente na região Centro, Lisboa e Vale do Tejo e região Norte (vacina Tétano). O conhecimento desta realidade poderá permitir adequar medidas de melhoria da adesão e literacia vacinal, melhorando assim a prevenção primária. | | | | |
| Trabalho de investigação | Research trends in General Medicine: a 2015-2019 bibliometric analysis of high impact journals | Comunicação oral | 26th WONCA Europe Conference |  |
| Trabalho de investigação | Predictors of lower health-related quality of life in patients with heart failure | Poster | Heart Failure ePosters - focus on Chronic Heart Failure 8   * ESC??? |  |
| Resumo: | | | | |
| Resumo: | | | | |
| Revisão baseada na evidência | Identifying Ambulatory Care Sensitive Conditions: a systematic review of studies defining sets of diseases with avoidable hospitalizations in European countries | Comunicação oral | 28th WONCA Europe Conference |  |
| **Resumo:** *Background:*Ambulatory care sensitive conditions (ACSCs) are health conditions that can be adequately managed in the outpatient setting, if treatment and interventions are timely delivered, with the potential to avoid the need for hospitalization and emergency department visits.  Questions: To identify and describe the methods of ACSC lists developed for European populations.  *Methods*: We searched for PubMed, Web of Science and Scopus for studies aiming to develop a list of ACSCs or avoidable hospitalizations for the general population or vulnerable groups in European Union. We identified and assessed the methodological procedures underlying the list development; a risk-of-bias tool was applied for assessing the quality of Delphi assessments. Conditions identified as ACSCs were aggregated using code systems. Systematic review protocol was in PROSPERO (CRD42022349270).  *Outcomes*: Eleven studies were included. Five countries have lists developed for unselected populations, with a total of 243 unique ACSCs defined (874 codes). For the pediatric age 28 conditions (70 codes) were identified, and 37 diagnosis (58 codes) for nursing home populations. Most commonly identified ACSCs were infection-related, chronic cardiovascular and respiratory diseases.  Delphi methods were employed in 8 studies with an average (SD) of 2.8 (0.5) rounds, and 36 (5.8) panelists, with a moderate risk of bias. Use of nationwide real-word databases was limited to five studies.  *Discussion:*Most primary studies included lists that are diagnosis-based, aim at national, unselected populations, and include Delphi approaches for ACSCs definitions. Future inclusion of real-world primary care data could enhance ACSCs lists usefulness. | | | | |
| Melhoria Contínua de Qualidade | **Diagnóstico e vigilância da DPOC** |  | Jornadas Médicas Maia-Valongo |  |
| Resumo: **Justificação**: A doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) é uma doença pulmonar heterogénea caracterizada por sintomas respiratórios crónicos (dispneia, tosse e/ou expetoração) resultantes de alterações estruturais das vias aéreas (bronquite, bronquiolite) e/ou dos alvéolos (enfisema) que causam uma obstrução do fluxo aéreo que é persistente e frequentemente progressiva. É uma causa importante  de mortalidade e morbilidade a nível mundial, com um impacto económico e social substancial. Objetivos: Aumentar a proporção de utentes com DPOC com uma vigilância e controlo adequados da sua doença; esta melhoria será monitorizada através de: avaliação do controlo sintomático (escala mMRC), aferição regular da gravidade da obstrução por espirometria e monitorização os indicadores de desempenho associados a esta população. **Metodologia**: Foram convocados os utentes com código do ICPC-2 R95 “Doença pulmonar obstrutiva crónica” como problema ativo no início de 2023 para consulta médica. Nesta consulta foi avaliado o controlo de sintomas, a gravidade da obstrução, a *compliance* terapêutica, a técnica inalatória (quando aplicável) e a frequência e gravidade das exacerbações. Posteriormente foram realizados ensinos, realizado treino de técnica inalatória e ajuste da terapêutica (quando indicado). Sempre que indicado os utentes foram orientados para avaliação pela equipa do projeto de reabilitação respiratória da Unidade de Cuidados da Comunidade (UCC) que abrange a área desta USF. Foi feita uma segunda avaliação no quarto trimestre de 2023.  **Resultados**: Comparativamente à primeira avaliação, verificou-se uma maior valorização da doença e *compliance* terapêutica. Houve melhoria significativa na gravidade dos sintomas relatados (objetivados pela escala mMRC); uma redução significativa do uso inadequado dos dispositivos inalatórios; um aumento do número de utentes com espirometria realizada nos 12 meses anteriores; e melhoria dos  resultados nos indicadores de desempenho definidos.  **Discussão**: Apesar da curta duração do projeto, tornou-se evidente que a existência de um protocolo estruturado de vigilância tem benefícios claros na vigilância de utentes com DPOC – capacitação dos utentes para auto-gestão da sua doença, melhoria do controlo sintomático e da qualidade de vida. Pelos ganhos em saúde que foram identificados a equipa pretende continuar a trabalhar para melhorar o estado geral e o prognóstico desta população. | | | | |
| Intervenção na Comunidade | Pilates Laboral: Uma Intervenção na Comunidade de Profissionais dos Cuidados De Saúde Primários |  | I Encontro da ULSMAve  Reunião de Serviço |  |
| Resumo |  |  |  |  |
| Relato de caso | Síndrome Nutcracker; síndrome PFAPA |  | DI |  |
| Resumo: | | | | |

# V. OUTROS ELEMENTOS DE VALORIZAÇÃO CURRICULAR

## 4.1. Participação na formação de outros profissionais (orientação de IAC, internos, estudantes)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tipologia** | **Âmbito** | **Data** | **Comprovativo** |
| Tutoria de Estudante | Mestrado em Medicina (Universidade do Minho) |  |  |
| Mestrado em Medicina (Universidade do Porto) |  |  |
| CEMEF |  |  |
| Tutoria de IFE | Consulta dedicada a DPOC |  |  |
| Consulta dedicada a DPOC |  |  |
| Orientação de Tese de Mestrado | Mestrado em Medicina (Universidade do Porto) |  |  |
| Docência no Ensino Superior |  |  |  |
| Elaboração de casos clínicos para treino médico (projeto europeu financiado) | “iCoViP – International Collection of Virtual Patients” |  |  |
| Desenvolvimento de ava de casos clínicos para treino médico (projeto europeu financiado) |  |  |  |

## 4.2- Outras atividades médicas não descritas anteriormente (ex.: projetos de voluntariado ou de intervenção social)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tipologia** | **Título** | **Entidade** | **Comprovativo** |
| Co-autoria de capítulo de Livro | *Rastreios* in Medicina Preventiva | Lidel (Editora) |  |
| *Síndromes Clínicos do Joelho* in Patologia Músculo-Esquelética para Médicos de Família 4o Volume | Tecnifar (Patrocinadora) |  |
| Voluntariado médico | - | APPCDM |  |
| - | Conferência Vicentina |  |

## 4.3- Participação ativa em organizações socioprofissionais e outras associações

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Organização Socioprofissional** | **Qualidade** | **Data** | **Comprovativo** |
| APMGF | Membro |  |  |
| Associação de Médicos Internos Santo Tirso Trofa | Fundador e  Presidente da Assembleia Geral (biénio 23-24) |  |  |
| Sociedade Portuguesa de Medicina de Urgência e Emergência | Membro |  |  |
| Associação de Médicos Internos da Zona Norte | Membro |  |  |
| Editor da revista de Médicos Internos da Zona Norte | Editor adjunto |  |  |
| Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar | Editor de secção |  |  |

## 4.4- Prémios obtidos em Encontros de expressão nacional ou internacional, provenientes de organizações científicas de relevo ou de instituições de saúde regionais ou nacionais

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Prémio** | **Trabalho** | **Tipologia** | **Data** | **Comprovativo** |
| Menção Honrosa | Síndrome Nutcracker – um Caso Renalmente Raro | Caso Clínico |  |  |
| 3º Prémio Jornadas Médicas Maia -Valongo |  | Melhoria Contínua de Qualidade |  |  |

1. *Unidade de Saúde Pública do ACES Grande Porto I – Santo Tirso/ Trofa. Diagnóstico de Situação de Saúde – Santo Tirso/Trofa. Published online 2023.*  [↑](#footnote-ref-1)
2. Instituto Nacional de Estatística. *Censos 2021 Resultados Definitivos - Portugal*.; 2022. [↑](#footnote-ref-2)
3. Câmara Municipal da Trofa [*https://mun-trofa.pt*](https://mun-trofa.pt) acedido a 21/12/2024 [↑](#footnote-ref-3)
4. Entidade Reguladora da Saúde. *https://www.ers.pt/media/nbyafhuk/1-rncci\_norte.pdf* [↑](#footnote-ref-4)
5. BI-CSP*. https://bicspmin-saude.pt/pt/biufs/1/918/10036/1134271/Pages/default.aspx*. [↑](#footnote-ref-5)
6. USF Ao Encontro da Saúde. Regulamento Interno Da USF Ao Encontro Da Saúde.; 2022. [↑](#footnote-ref-6)
7. Módulo de Informação e Monitorização das Unidades Funcionais (MIM@UF). [↑](#footnote-ref-7)
8. **Classificação Portuguesa das Profissões: 2010.**Lisboa: INE, 2011. Disponível na https://www.ine.pt/xurl/pub/107961853. ISBN 978-989-25-0010-2 [↑](#footnote-ref-8)
9. PORDATA. *https://www.pordata.pt/pt/pordata*. Fundação Manuel Francisco dos Santos. [↑](#footnote-ref-9)
10. Registo médico orientado por problemas em medicina geral e familiar. Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. M Granja. 2018. DOI: https://doi.org/10.32385/rpmgf.v34i1.12362 [↑](#footnote-ref-10)
11. Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. <https://www.spms.min-saude.pt/2015/10/rnu/>. Acedido a 30/12/2024. [↑](#footnote-ref-11)
12. 5 BI-CSP*. https://bicspmin-saude.pt/pt/biufs/1/918/10036/1134271/Pages/default.aspx*.

    Classificação Internacional De Cuidados De Saúde Primários: Segunda Edição. Administração Central do Sistema de Saúde, IP. 2016. [↑](#footnote-ref-12)
13. Sistema Dados Mestre. Administração Central do Sistema de Saúde. https://sdm.min-saude.pt [↑](#footnote-ref-13)
14. Índice de Complexidade dos Utentes (ICU). <https://sdm.min-saude.pt/bi.aspx?id_estr=1746>. Acedido a 30/12/2024 [↑](#footnote-ref-14)
15. 5 BI-CSP*. https://bicspmin-saude.pt/pt/biufs/1/918/10036/1134271/Pages/default.aspx*.

    Portaria nº 153/2017, de 4 de maio. [↑](#footnote-ref-15)
16. The European Definition of General Practice / Family Medicine. EURACT / WONCA Europe 2011. [↑](#footnote-ref-16)
17. Broeiro P. Tangibilidade da complexidade. Rev Port Med Geral Fam. 2016s; 32:87-9. [↑](#footnote-ref-17)
18. Rocha H., Braga R., Silva C., Martins S., Faria S. Referenciação aos cuidados hospitalares através de um processo informatizado. Rev Port Med Geral Fam. 2019; 35:285-98. [↑](#footnote-ref-18)
19. Granja M., Outeirinho C. Registo médico orientado por problemas em medicina geral e familiar: atualização necessária. Rev Port Med Geral Fam. 2018; 34:40-4. [↑](#footnote-ref-19)
20. Polonia J., Martins L., Pinto F., Nazare J. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension and salt intake in Portugal: changes over a decade. The PHYSA study. Journal of Hypertension. 2014; 32:1211-1221. [↑](#footnote-ref-20)
21. Rodrigues A.P., Gaio V., Kislaya I., Graff-Iversen S., Cordeiro E. *et al*. Prevalência de hipertensão arterial em Portugal: resultados do Primeiro Inquérito Nacional com Exame Físico (INSEF 2015). Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Boletim epidemiológico 2017, número especial 9, 2ª série, p 11-14. [↑](#footnote-ref-21)
22. *ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. 2019.*  [↑](#footnote-ref-22)
23. https://www.mdcalc.com/calc/3939/ckd-epi-equations-glomerular-filtration-rate-gfr [↑](#footnote-ref-23)
24. Raposo JF. Diabetes: Factos e Números – 2016, 2017 e 2018. Revista Portuguesa de Diabetes. 2020; 15(1): 19-27. [↑](#footnote-ref-24)
25. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes - 2022. Diabetes Care. January 2022. Volume 45. Supplement 1. [↑](#footnote-ref-25)