

SAÚDE

05 HOSPITALAR

Este destacável faz parte integrante da edição 1245 do JORNAL DE LEIRIA, de 22 de Maio de 2008 e não pode ser vendido separadamente



HOSPITAL
SANTO
ANDRÉ
L E I R I A

Novas Realidades Novas Exigências

Cumprir a missão do Hospital de Santo André, priorizar a sua vocação, planejar e desenvolver o seu plano estratégico, valorizar os seus recursos humanos e responder às necessidades dos seus cidadãos, são desígnios que se nos colocam na gestão da nossa instituição de saúde.

A preocupação principal será sempre a de proporcionar aos doentes os melhores serviços de saúde que estejam ao seu alcance e estamos confiantes, com dedicação e empenho, e a colaboração de todos os nossos profissionais, imbuídos na missão do hospital, que conseguiremos, passo a passo, mas de forma segura e determinada, concretizar esta ambiciosa meta.

A vastidão e complexidade das tarefas que se nos colocam não são nem poderiam ser um caminho de facilidades e é por demais evidente que só em conjunto, profissionais de saúde e comunidade, conseguiremos encontrar as respostas aos desafios que nos afectam a todos, redescobrimo caminhos, estabelecendo compromissos, aglutinando vontades e colocando esse enorme potencial ao dispor de todo um trabalho ao serviço do Hospital de Santo André.

Médicos, enfermeiros, técnicos de saúde e restantes profissionais do hospital procuram a valorização do seu trabalho e a actualização de conhecimentos, para, através do seu carácter formativo, contribuir para a melhoria das suas competências e do seu desempenho profissional.

É esta valorização científica dos nossos profissionais que contribui também para aproximar o hospital dos cidadãos, dando a conhecer muito do que se passa no seu seio, ao dizer quem somos e o que fazemos, para que cada doente possa estar mais capacitado para fazer opções e mais apto para melhor cuidar da sua saúde.

Empenhados na defesa e eficácia do HSA, é nossa convicção que estamos a cumprir os objectivos conducentes à sua afirmação pública, alicerçados num desempenho colectivo dos seus profissionais que inspira confiança junto da nossa comunidade.

sistema4.pt

Jornadas do Hospital de Santo André

promovem humanização dos serviços



HOSPITAL
SANTO
ANDRÉ
L E I R I A

ORGANIZAÇÃO



Doença aguda - A que porta bater....!

Perspectiva dos cuidados de saúde primários

A resposta à questão a que porta deve bater o doente agudo não tem respostas efectivas, nem existem soluções mágicas. É uma questão polémica e conturbada, onde é necessária uma adequação às necessidades das populações, até porque os habitantes de uma cidade no litoral ou de uma aldeia no interior têm, com toda a certeza, necessidades diferentes. O Pinhal Interior, por exemplo, não terá as mesmas necessidades de uma zona de afluxos sazonais.

Onde deve o doente agudo dirigir-se? Quais são os pontos de acesso que o Serviço Nacional de Saúde oferece perante determinado problema? O aparecimento dos Serviços de Atendimento Permanente (SAP), que actualmente

são mais de duas centenas, procuram dar resposta a esta questão, sem sucesso.

O hábito do português comum passa por procurar a porta mais perto, onde estará alguém para atendê-lo. Deslocam-se para os SAP ou para as urgências hospitalares qualquer que seja a causa, seja para medir o colesterol ou porque teve um ataque cardíaco.

Segundo as Linhas de Acção Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários, “A “sapição” dos Centros de Saúde tem constituído uma das mais perniciosas disfunções e entrave à sua requalificação. A sua existência (dos SAP) deve-se mais às falhas de resposta nos serviços e locais adequados do que à res-



António Rodrigues - Chefe de Serviço de Clínica Geral do Centro de Saúde de Celas, Coimbra

posta correcta às necessidades das populações e a uma utilização racional dos recursos humanos e materiais. Por outro lado, e numa espiral contínua de crescimento, estes serviços foram progressivamente retirando profissionais das suas actividades regulares, prejudicando o normal funcionamento das unidades de saúde. O desafio consistirá em promover a acessibilidade do utente ao seu médico de família...” No dia em que o médico de família está de serviço no SAP, não poderá atender os seus doentes, o que subverte todo o sistema. E é ao médico de família que o doente deve recorrer, a não ser que se trate de alguma emergência, como uma embolia ou um enfarte do miocárdio.

Perspectiva hospitalar



Luís Lopes - Responsável pela Área Laranja do Serviço de Urgência do Hospital de São João - Porto

Que portas bater numa altura de doença aguda? As pessoas vão, na grande maioria, aos serviços de urgência dos hospitais. Os serviços de atendimento não programado (SAP), o médico assistente, as linhas de atendimento e aconselhamento, as farmácias e, até, o vizinho, costumam dar a opinião sobre o problema do doente.

Onde devemos ir? Quando está

iminente a falência das funções vitais, o doente deve de imediato ser encaminhado para as urgências. Quando surge uma alteração recente do estado de saúde habitual que implica cuidados médicos não programados, deve ser encaminhado para os centros de saúde, ao médico assistente.

Contudo, não é isto que acontece. Cerca de 25% das admissões nos serviços de urgência não são verdadeiras urgências. Os doentes, por não estar criado o hábito de consultar o médico de família, acabam por passar “por cima” dele. Este encaminhamento errado leva à sobrelotação dos serviços de urgência. Acaba por hipotecar-se meios humanos e tempo para os casos mais urgentes.

A premência dos métodos de triagem surge daí, já que está criado um problema de acessibilidade. Que atitudes tomar? Não vão ser fechadas as portas, até porque nem sempre existe alternativas viáveis, mas o facto é que ao SU só deveriam recorrer os casos urgentes, os muito urgentes e os emergentes.

Afinal em que ficamos?

Quando uma pessoa sente uma doença aguda para onde deve ser dirigido? Os portugueses vão para os locais onde sabem que são bem atendidos. A questão é que em Portugal ainda não se tem fácil acesso ao médico de família e, por isso, dirigem-se aos serviços de urgência pessoas “com dor no calo”. O que complica toda a resposta do serviço de saúde.

Só com a melhoria do nível cultural e da acessibilidade aos centros de saúde é que este problema pode ser resolvido. Enquanto as pessoas não tiveram total liberdade para escolher o seu médico, em quem confiam, não vai ser fácil alterar esta questão.

As pessoas querem respostas e nos centros de saúde, com a marcação de consultas, essas respostas podem demorar muito tempo a chegar. Por isso, dirigem-se aos serviços de urgências, onde ficam a saber o seu estado de saúde quase de imediato, depois de fazerem uma bateria



José Manuel Silva - Presidente do Conselho Regional do Centro da Ordem dos Médicos

de exames.

O problema é complexo. A linha 112 encaminha pessoas para locais onde não há forma de tratar os doentes. Muitas vezes dirige para os Serviços de Atendimento Permanente, que não têm capacidade de resposta. Isso faz com que os doentes urgentes andem em zig zag, com os consequentes riscos. Só havendo uma referência, se quem encaminha souber que serviços há em cada unidade de saúde, é que o doente pode ser encaminhado para as portas certas.

Em Portugal não se

aposta na qualidade, mas no racionamento dos custos, o que traz consequências nefastas para a sistema de saúde. Se as pessoas não têm uma resposta adequada hoje, vão precisar de uma resposta muito maior amanhã, implicando a duplicação de custos.

O sistema está desorganizado e o serviço de urgência hospitalar completamente lotado, porque os centros de saúde não conseguem ainda responder convenientemente e os cuidados continuados são insuficientes.

COR	SITUAÇÃO
VERMELHO	EMERGENTE
LARANJA	MUITO URGENTE
AMARELO	URGENTE
VERDE	POUCO URGENTE
AZUL	NÃO URGENTE

Ventilação não-invasiva em doentes agudos – Quando e onde fazer?

A ventilação não-invasiva (VNI) tem sido considerada uma alternativa viável à ventilação mecânica convencional em pacientes com insuficiência respiratória aguda. Consiste num método de assistência ventilatória aplicada à via aérea do paciente através de máscaras faciais, nasais ou bocais, que funcionam como interface entre o paciente e o ventilador, em substituição da entubação endotraqueal.

A VNI é um modo de ventilação mais confortável para o doente, podendo ser usada de forma intermitente. Não se lesiona a via aérea com a entubação endotraqueal, aumenta a qualidade de vida do doente e existe um ris-



Alexandra Catarino – Assistente Hospitalar de Pneumologia dos Hospitais Universitários de Coimbra
co menor de adquirir uma infecção no meio hospitalar. O doente mantém a fala, a deglutição e os mecanismos de

defesa das vias aéreas, possibilitando a eliminação de secreções de forma fisiológica.

A ventilação mecânica, além de ser um procedimento invasivo, pode causar lesões na via aérea, promovendo dor e desconforto e impedindo a alimentação por via oral e a fala.

As desvantagens da VNI nem sempre permitem optar por este modo ventilatório. A necessidade de colaboração do doente, a possibilidade de retenção de secreções, as alterações graves da consciência, a fuga de ar e o risco de remoção acidental da máscara, em associação com o inconveniente de não permitir a administração de volumes constantes, obrigam, por vezes ao recurso à ventilação invasiva.

Abordagem terapêutica de insuficiência cardíaca



João Morais - Director do Serviço de Cardiologia do HSA – Leiria

A insuficiência cardíaca aguda é algo que aparece de forma rápida e que pode surgir, entre outras razões, como causa de uma anomalia cardíaca. Trata-se de uma doença progressiva, que pode ser causada por uma descompensação, de uma insuficiência cardíaca crónica ou surge como um episódio novo na vida do doente. Estes eventos têm associada uma elevada mortalidade e morbilidade e, apesar dos progressos verificados na respectiva terapêutica, continuam com mau prognóstico.

É fundamental que estes doentes sejam acompanhados após a alta, em estruturas adequadas, de modo a evitar os reinternamentos e melhorar a sua qualidade de vida. Para tal, é fundamental a preparação e formação dos profissionais de saúde. A redução da mortalidade é um dos grandes objectivos da terapêutica. É importante que os doentes sejam tratados por agentes especializados, utilizando meios complementares de diagnóstico.

A adaptação à realidade portuguesa do protocolo para tratamento de doentes com insuficiência cardíaca aguda foi desenvolvida no Serviço de Cardiologia do Hospital de Santo André. Este protocolo, que sistematiza um conjunto de procedimentos, é uma resposta organizada em casos de emergência cardíaca, potencialmente fatal. Tem um grande impacto no atendimento aos doentes com insuficiência cardíaca aguda, situações normalmente preocupantes pela sua urgência e necessidade de resposta eficaz. A possibilidade de utilizar um conjunto de procedimentos pré-definidos e de rápida aplicação, facilita o trabalho dos profissionais envolvidos.

A terapêutica da dor

Já Hipócrates dizia que “Divino é Sedar”, mas quem primeiro concebeu um sistema doloroso como um canal directo da pele ao cérebro foi Descartes.

O Plano Nacional de Saúde para 2004/2010 fala na informação deficiente sobre dor e a deficiente organização dos cuidados, propondo melhorar a informação e promover a organização dos cuidados prestados.

A dor aguda é uma dor de início recente, de provável duração limitada, normalmente com identificação temporal ou causal. Contrariamente à dor crónica, é útil e protectora, uma vez que constitui um sinal de alarme e é salvaguarda da integridade física.

A implementação de directivas e recomendações para o tratamento da dor no serviço de urgência deriva da vontade das instituições e dos profissionais, de otimizar a abordagem da dor.

O objectivo passa, essencialmente, pelo reconhecimento da dor e fazer o tratamento adaptado. Cerca de 60% das admissões no serviço de urgência são por dor aguda.

A dor pode ser aliviada pelos analgésicos. Cerca de 75% dos doentes com fracturas referem dor moderada a severa, mas dois terços destes não sabiam que podiam requisitar analgesia e outros, mesmo sabendo, não a pediram. Contudo, por vezes é temida a



Maria do Carmo Rocha, Ana Cristina Campos, Elisabete Valente e Ana Cristina Mangas
Serviço de Anestesiologia do HSA – Leiria

utilização precoce de analgésicos por poder alterar o resultado dos exames.

A dor moderada ou severa atinge quase a totalidade dos pacientes no pós-operatório. O principal obstáculo ao alívio da dor não tem sido uma verdadeira falta de métodos analgésicos efectivos, mas sim de organização.

A dor crónica é definida como a dor que persiste ou recorre por mais de três meses ou a dor associada a lesão tecidual que deverá evoluir. É muito comum no paciente com cancro. Cerca de 70% do doente oncológico tem dor moderada ou intensa.

A dor tem grande impacto no doente oncológico, significando agravamento do prognóstico ou morte próxima, daí a importância de uma abordagem e tratamento correctos. As opções para o tratamento farmacológico são várias, estando disponíveis analgésicos não opióides, opióides e co-analgésicos.

O tratamento paliativo, que visa melhorar a qualidade de vida do doente, é uma tarefa que deve ser realizada a nível pluridisciplinar, que inclui o controlo da dor, mas também abrange a assistência psicossocial ao doente, aos familiares e aos amigos.



Saúde do idoso - Problemas comuns

“Um, dois, três, uma colher de cada vez...”

Os serviços de saúde têm de se adaptar ao facto de haver cada vez mais idosos em Portugal. A esperança de vida aumentou e é preciso encontrar soluções para esta realidade. A terceira e a quarta idade caracterizam-se por um equilíbrio instável mas suficiente para as situações normais. Mas com algumas doenças ocorre um desequilíbrio neste equilíbrio tão frágil.

A alimentação é um dos equilíbrios que mais facilmente se perde. A situação mais comum em meio hospitalar é a desnutrição - estado de insuficiente ingestão, utilização ou absorção de energia ou nutrientes que resultam numa perda de peso rápido e na disfunção de órgãos, e que pode estar relacionado com doença ou com o seu tratamento.

Quais são, então, as causas que levam à desnutrição? São, sobretudo, a diminuição da massa gorda,

alterações ao nível do olfacto e do paladar e da visão, o isolamento, as próprias doenças...

No meio hospitalar, o que leva à desnutrição são os procedimentos terapêuticos, os jejuns prolongados, a ausência de refeições para elaboração de exames, falta de controlo da ingestão pelos enfermeiros e auxiliares, falta de registo de peso e rotina alimentar, que é alterada relativamente aos hábitos do doente. A desnutrição leva à perda de peso, anemias e úlceras de pressão e consequente aumento da fragilidade.

Qual é, então, a solução? É importante avaliar todos os idosos. É preciso identificar todas as situações de risco e diagnosticar estados de malnutrição (desnutrição e obesidade). Poderá então ser estabelecido o suporte alimentar adequado. É importante avaliar os hábitos alimentares do



Raquel Oliveira - Dietista do HSA- Leiria

doente para ver quais as necessidades do doente, para saber a quantidade e

a qualidade da alimentação.

Para regular a desnutrição do idoso em meio hospitalar deve ser evitada a indicação de dietas restritivas e estimular a realização de exercício físico. É necessário vigiar a polimedicação e fazer um diagnóstico e tratamento de depressão, vigiar situações de risco nutricional após alta, assegurando uma ingestão de líquidos adequada e ter atenção à dentição ou ausência dela.

Em termos de alimentação, é fundamental tentar promover a alimentação tradicional, o mais próxima possível daquela a que os doentes estavam habituados em casa. Também devem ser permitidas pequenas doses de vinho à refeição. É importante que a comida tenha sabor, pois vai fazer com que os doentes comam. É essencial que a dieta cubra as necessidades calóricas dos doentes.

Incontinência urinária - “aconteceu outra vez...”

Como definição, a incontinência urinária é uma “perda involuntária de urina, clinicamente demonstrável e que origina um problema social ou higiénico”. A incontinência urinária afecta cerca de 50% das mulheres e 17% dos homens com mais de 60 anos e a tendência é para este número crescer. Metade dos doentes não reportam os episódios aos médicos, essencialmente por desconhecimento das possibilidades terapêuticas e por acreditarem que a IU faz parte do processo natural de envelhecimento, o que não corresponde à verdade.

A incontinência urinária não deve ser encarada como uma inevitabilidade relacionada com a idade, apesar de ter um forte impacto na qualidade de vida e auto-estima do doente, já que provoca constrangimento social e vergonha.

As mulheres de idade



Ricardo Ribeiro - Médico de Ginecologia/Obstetrícia da Maternidade Bissaya Barreto

avanzada, na menopausa, são quem corre maior risco de sofrer de IU. A predisposição familiar, o enfraquecimento muscular, a limitação funcional e a obesidade também são causas. Consumo de tabaco e alguma medicação agravam as possibilidades.

Na maioria dos doentes, a entrevista, o exame físico e a análise à urina são suficientes para

diagnosticar o tipo de IU e propôr o tratamento mais adequado. Só uma minoria necessitaria de referenciação para centros de especialidade

Existem três formas de tratamento. A terapêutica conservadora, que obriga a algumas modificações no estilo de vida, como evitar excesso de ingestão de líquidos, diminuição de tabaco, álcool, cafeína e a realização de

esforço físico controlado.

A terapêutica farmacológica é importante na hiperactividade do detrusor (músculo da bexiga). Indicado para as incontinências urinárias de urgência e mista, provoca efeitos secundários relevantes, o que muitas vezes leva ao abandono do tratamento.

As terapêuticas cirúrgicas não foram, na sua maioria, bem sucedidas, já que utilizavam técnicas muito agressivas, com alta taxa de complicações intra e pós-operatórias. Actualmente, as técnicas mais utilizadas são as cirurgias minimamente invasivas de incontinência urinária de esforço, que têm alta taxa de cura (>80%) e um baixo tempo operatório, com um tempo de internamento reduzido. As técnicas de reabilitação e modificação de alguns hábitos de vida podem melhorar os resultados alcançados.

PRINCIPAIS TIPOS DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Incontinência urinária de urgência - perda involuntária de urina precedida por uma vontade urgente de urinar. Contração involuntária do músculo da parede da bexiga (detrusor), que tem uma resposta exagerada. Torna-se mais prevalente com a idade.

Incontinência urinária de esforço - perda de urina associada com actividades que aumentam a pressão intra-abdominal (tossir, espirrar, rir, fazer exercício físico). Deve-se à fraqueza dos músculos pélvicos que conduz a um esfíncter deficiente. Isto pode acontecer nas mulheres que tiveram muitos filhos. Representa 50% dos casos de incontinência na mulher

Incontinência urinária mista - combinação da incontinência de esforço e de urgência. É mais comum nas mulheres idosas.

Incontinência urinária contínua - Perda involuntária e contínua de urina, com ausência de desejo miccional. Gotejo ou humidade constante

Sexualidade – “Vamos lá tentar outra vez....?”

Existem algumas crenças sobre a relação entre a sexualidade e o envelhecimento que provocam algum mal-estar ao idoso na altura de se falar no assunto. Ideias como “o sexo é para os jovens”, “os idosos não são atraentes fisicamente”, “actividade sexual do idoso é repugnante e prejudicial” e “o idoso não tem capacidade para ter sexo” condiciona o seu comportamento.

As crenças decorrentes destas “verdades” levam a que se pense que “o idoso não tem desejo sexual”, “o idoso não precisa de se proteger contra o HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis”. Curiosamente o homem idoso que ainda faz sexo é dignificado, enquanto que a mulher é mal vista.

O interesse pela sexualidade nesta faixa etária decorre do facto do número de idosos estar a aumentar devido à crescente esperança de vida



HÉLDER FERREIRA/IMAGE REPORTER

Jaqueline Ribeiro – Médica Psiquiatra e Sexóloga do Hospital Sobral Cid – Responsável pela Consulta de Sexologia do CHC

e de novos dados decorrentes da investigação.

Segundo um estudo da The National Council on the Aging, de 1998, 48% de homens e mulheres com mais de 60 anos são sexualmente activos e

39% de homens e mulheres com mais de 60 anos gostariam de ser mais activos sexualmente. Cerca de 75% de americanos mais velhos dizem que a sua vida sexual hoje é tão ou mais satisfatória, emocionalmente, do que quan-

do tinham 40 anos.

Entre as mulheres com mais 60 anos, 37% são sexualmente activas e 62% dizem que é melhor ou pelo menos igualmente satisfatório fisicamente que aos 40 anos. As não activas sexualmente tendem a justificar com falta de parceiro. 47% acham o sexo importante na relação.

Nos homens com mais de 60 anos, 61% dizem-se sexualmente activos, 61% dizem que é melhor ou pelo menos igualmente satisfatório fisicamente do que aos 40 anos, 76% dizem que é tão satisfatório emocionalmente que aos 40 anos e 72% acham o sexo importante na relação.

São vários os factores que influem no bem-estar sexual do idoso, com destaque para o stress, consumo de álcool e tabaco, a doença física, a depressão, problemas cardíacos e a própria regularidade na prática sexual e a medicação. A menopausa tem menor impacto no funcionamento sexual do que o estado de saúde física e mental e o tabagismo.

O medo de não ser atraente, o sentimento de culpa e a (falta de) disponibilidade de parceiros também não ajudam à vida sexual dos idosos. Atitudes negativas em relação a actividades sexuais para além do coito, como o beijar e a masturbação, interferem na abertura para novas formas de expressão sexual. As atitudes da sociedade e dos filhos adultos têm forte impacto sobre o auto-conceito. As condições de habitação podem condicionar a privacidade, criando uma barreira à actividade sexual.

ALTERAÇÕES SEXUAIS NA MULHER

- Aumento do tempo de excitação;
- Menos lubrificação ? Dor;
- Contrações vaginais orgásmicas em menor número e intensidade.
- Perda de elasticidade e redução da espessura do epitélio vaginal;
- Encurtamento vaginal após histerectomia total;
- Retracção e fibrose uterina com eventual orgasmo doloroso.
- Incontinência urinária;
- Infecções mais frequentes.

ALTERAÇÕES SEXUAIS NO HOMEM

- Necessidade de maior estimulação;
- Diminuição das erecções espontâneas e nocturnas;
- Aumento do tempo para atingir erecção;
- Maior controlo da erecção mas redução do fluxo;
- Se erecção se perde antes da ejaculação é muito difícil tornar a obtê-la;
- A erecção só é completa nos momentos que antecedem a ejaculação.
- Demora mais tempo até ao orgasmo;
- Período de resolução quase imediato;
- Sensação de orgasmo menos intensa;
- Aumento do período refractário até ser possível 2ª erecção.

Altas – “Quanto mais cedo melhor...?”

A momento ideal para a alta é uma questão sempre difícil. A missão do hospital é, acima de tudo, tratar doentes. O Hospital de Santo André tem um contrato programa com o Serviço Nacional de Saúde. É importante potenciar os meios que o hospital tem. No entanto, a questão humana está sempre em primeiro lugar. Não se vai dar alta, por exemplo, a alguém que não tem quem o trate em casa...

Antigamente, os pacientes chegavam ao hospital já doentes e saíam já tratados. Com a medicina defensiva, passaram a ser internados quando não se sentiam bem, tinham apenas sintomas. Saíam no início da convalescência, que depois era con-

tinuada em casa.

Com a pressão para se fazerem as altas precoces, há a tendência do doente voltar para casa ainda a realizar tratamento activo para a doença, fazendo toda a convalescência em casa. Esta opção faz com que seja necessário um grande apoio das famílias.

Os serviços hospitalares devem munir-se de orientações específicas acerca dos critérios para manter um doente internado. O envolvimento doente / família é fundamental no processo de alta. A família deve, pois, receber instruções sobre sinais de alerta, conhecer a evolução normal da doença e os efeitos da medicação



HÉLDER FERREIRA/IMAGE REPORTER

Helena do Vale, Assistente de Medicina Interna do HSA - Leiria

e receber instruções do que fazer a seguir.

Existe, contudo, um problema. Muitas vezes, os doentes idosos, que estão bem e estão há muito tempo internados, quando vão para casa sentem dificuldades de adaptação à sua vida fora do hospital e acabam por regressar...

Quanto menor tempo de internamento, mais doentes são tratados por cama. Contudo, não vai ser possível baixar indefinidamente os tempos de internamento. Ainda para mais, quanto mais precoce é a alta, maior é a taxa de reinternamento.

Altas, quanto mais cedo melhor? Nim!



Questões de Adolescentes - "Senhor Doutor...?"

“Tenho uma borbulha no nariz...!”

Falar de acne é falar de uma doença inflamatória, do folículo pilo-sebáceo, que é constituído pelo pêlo e pela glândula sebácea, na qual intervêm quatro factores estreitamente relacionados: a hipersecreção sebácea, a retenção sebácea, a proliferação de uma bactéria (*propionibacterium acnes*) e a inflamação.

O acne atinge cerca de 85% dos jovens de ambos os sexos, entre os 12 e os 24 anos, sendo mais precoce nas raparigas, mas as lesões mais severas estão reservadas, por hábito, aos homens. A hereditariedade constitui um factor de prognóstico importante. Cerca de 12% das mulheres e 3% dos homens continuam a ter acne na idade adulta. As lesões aparecem sobretudo na face, mas também no dorso e decote.

É caracterizado pelo aumento de secreção de sebo pelas glândulas sebáceas, em conjunto com a acumulação de células mortas no orifício do folículo pilo-sebáceo, obstruindo o poro, irritando a pele e causando inflamação.

O impacto psicológico e social é a maior das consequências do acne, já que aumenta o risco de depressão, de ideação suicida e de inibição social. Há, mesmo, uma grande divergência entre a intensidade das lesões e o reflexo psicológico nos adolescentes. Fisicamente pode, apenas, causar cicatrizes em alguns casos, sendo esta a sua única consequência visível a longo prazo.

Na base do acne poderão estar múltiplas circunstâncias, entre as quais se destacam o stress e o tabaco, existindo uma correlação positiva entre a prevalência de acne, a sua gravidade e o número de cigarros fumados. O Sol em excesso também é negativo para o acne. Não está provada cientificamente a ligação entre a alimentação e esta doença inflamatória. Existe ainda acne cosmético, devido a intolerância a certos tipos de produtos de beleza.

A higiene é fundamental para a diminuição da incidência do acne. Deve lavar-se a face, uma a duas vezes por dia, usando gel ou sabonete apropriado. Devem também ser utilizados cremes hidratantes, maquilhantes e protectores solares.

O tratamento, sempre a conselho do dermatologista, pode ser feito através de esfoliação de pele, antibióticos tópicos e orais, tratamento hormonal e retinóides tópicos e orais. Embora existam métodos que levam à sua diminuição ou extinção, não existe uma cura específica, pois a acne é uma doença com base em outros eventos.

O tratamento, sempre a conselho do dermatologista, pode ser feito através de esfoliação de pele, antibióticos tópicos e orais, tratamento hormonal e retinóides tópicos e orais. Embora existam métodos que levam à sua diminuição ou extinção, não existe uma cura específica, pois a acne é uma doença com base em outros eventos.



Rosa Mascarenhas, Assistente de Dermatologia do HSA - Leiria

“O meu período é normal?”

A idade da menarca, o primeiro período menstrual, varia entre os 9 e 16 anos e está intimamente relacionada com outros parâmetros de maturação pubertária e com a idade óssea. Ocorre, habitualmente, um a três anos após o início da puberdade.

O estado nutricional e peso são importantes no desenvolvimento pubertário. Em meninas obesas geralmente ocorre mais precocemente. Doença crónica, distúrbios alimentares e malnutrição estão associados a menarca mais tardia. A menstruação normal está dependente da integridade anatómica e funcional do eixo hipotálamo-hipofise-ovário e do útero.

A amenorreia é o principal problema relacionado com a menstruação. Trata-se da ausência de perdas menstruais. Para avaliar o problema deve ser elaborada a história clínica da paciente, onde será avaliado o desenvolvimento pubertário, a alimentação (dietas, perda de peso), stress, exercício físico, antecedentes patológicos, medicações, actividade sexual e tipo de contraceção.

Existem dois tipos de amenorreia: primária - uma mulher que nunca menstruou; e secundária - uma mulher que já teve perdas menstruais e que por qualquer motivo deixou de menstruar pelo menos durante 6 meses.



Isabel Duarte - Assistente Eventual de Ginecologia/Obstetrícia do HSA - Leiria

Na base de uma amenorreia primária podem estar doenças crónicas ou uma depressão severa, mas a causa mais comum é o atraso na maturação. Distúrbios alimentares e exercício excessivo podem, igualmente, ser causas.

Pode igualmente ocorrer uma amenorreia primária se houver uma obstrução do tracto genital, associada dor abdominal cíclica pela acumulação do sangue no útero e vagina.

Para se diagnosticar uma amenorreia secundária é necessário excluir qualquer hipótese de gravidez. O hipotiroidismo, o conjunto de sinais e sintomas decorrentes da diminuição das hormonas da tiróide é umas das causas, tal como o tumor da pituitária, geralmente associado a cefaleias, e que só é tratado com cirurgia. A falência ovárica prematura é outras das causas, o que aumenta o risco de osteoporose e de doença cardíaca.

Depende essencialmente da causa de base mas, na maioria dos casos, o tratamento é hormonal. Pode haver necessidade de administrar estrogénios para regularizar os ciclos menstruais. Na presença de doenças genéticas pode haver necessidade de recorrer à administração de corticóides. A amenorreia associada a tumores do sistema nervoso central pode ser resolvida por cirurgia com a remoção da lesão tumoral. Nos casos em que existem anomalias do aparelho reprodutor pode haver necessidade de corrigir cirurgicamente as mesmas.

Outro problema ligado à menstruação é a metrorragia, uma hemorragia uterina que aparece fora do período da menstruação. É habitualmente encontrada nas adolescentes, pois nos primeiros dois anos após a menarca os ciclos menstruais tendem a ser anovulatórios (95% dos casos).

No entanto, outras situações devem ser cogitadas como causa de irregularidade, como complicações de gravidez, alterações dos elementos celulares do sangue, doença inflamatória pélvica (infecção dos órgãos reprodutores femininos), lesões anatómicas útero-vaginais, infecções e medicamentos.

O tratamento deverá ter como objectivo controlar a hemorragia e restabelecer a estabilidade da doente, identificando e tratando a causa subjacente (quando possível), para repor o padrão menstrual normal, prevenir recorrências e sequelas.

“Corto-me e quero morrer...?”

O suicídio é actualmente a segunda causa de morte mais frequente entre os 15 e os 24 anos de idade em Portugal. A OMS (2002) refere que o número de tentativas de suicídio é vinte vezes superior ao número de suicídios. Em Portugal, julga-se que o número é diferente, pelo menos 30 tentativas para um suicídio.

Este continua a ser um fenómeno mais comum no adulto tardio e no idoso do sexo masculino, ao contrário do para-suicídio, um fenómeno das mulheres jovens. Antes dos 12 anos, a tentativa de suicídio e o para-suicídio são mais frequentes nos rapazes, invertendo-se a razão na adolescência. Mais de 90% dos adolescentes suicidas tiveram pelo menos uma perturbação psiquiátrica de grau elevado.

As depressões são as patologias mais prevalentes nos adolescentes suicidas (49% a 64%). O abuso de substâncias é outro factor de risco. As perturbações da conduta também são frequentes nos adolescentes do sexo masculino. Quem faz tentativas de



Carla Pinho, Assistente Hospitalar de Pedopsiquiatria no Departamento de Pedopsiquiatria do Hospital Pediátrico de Coimbra

suicídio tem história recente de perturbação psiquiátrica.

A adolescência é especialmente susceptível para este fenómeno, já que confronta o jovem com rupturas e gera angústias. Trata-se de

um período de transição, em que já não se é criança mas ainda não se é adulto. Atinge-se a maturidade física e sexual antes da cognitiva e emocional. Ocorre a puberdade com mudanças fisiológicas e morfológicas.

Se um adolescente tiver tentado previamente um suicídio, se abusa de álcool ou de drogas, se vive em ambiente de crescente tristeza e isolamento, desespero ou sentimento de inutilidade, então estamos perante sinais graves de alguém que pode estar à beira de uma tentativa de suicídio.

AVALIAÇÃO DE UMA TENTATIVA DE SUICÍDIO

Características de alta gravidade:

- Métodos violentos e em isolamento
- Sexo masculino
- Ameaças prévias de suicídio
- Premeditação
- Impossibilidade de descoberta
- Sintomas depressivos ou psicóticos significativos
- História de abuso de álcool ou de droga
- Ausência de retaguarda familiar

ORIENTAÇÃO

ACTO GRAVE - avaliação psiquiátrica urgente em serviço que atenda a faixa etária

ACTO DE MENOR GRAVIDADE - encaminhamento para Consulta de Pedopsiquiatria

Definições

COMPORTAMENTO SUICIDÁRIO – qualquer acto através do qual um indivíduo causa lesão a si mesmo, independentemente do grau de intenção letal e das motivações subjacentes.

SUICÍDIO – Acto de deliberadamente alguém se matar.

TENTATIVA DE SUICÍDIO – acto levado a cabo por um indivíduo e que visa a sua morte, mas que não é alcançada.

PARA-SUICÍDIO – Acto de desfecho não fatal, no qual o indivíduo dominado por forte emoção e com intencionalidade ambivalente inicia, de forma deliberada um acto não habitual, por meios físicos, químicos ou outros, que, sem a intervenção de terceiros, causará dano corporal ou morte.

“Dói-me o peito e já desmaiei...!”

centes têm pelo menos um episódio. Contudo, a associação de dor torácica e síncope merece particular atenção porque pode ser indício de patologia potencialmente grave

Que fazer para o esclarecimento da questão? Conhecer a história clínica

detalhada do doente é fundamental, para além de ser necessário efectuar um exame objectivo pormenorizado, o que permitirá ter ideias sobre a causa das queixas.

É raro haver doença cardíaca significativa quando não são identifi-

cados sinais de alarme durante a história e exame objectivo e perante um electrocardiograma normal. Apenas em poucos casos é necessário exames adicionais para esclarecimento diagnóstico e/ou estratificação de risco.

EXEMPLOS DE POSSÍVEIS CAUSAS DE DOR TORÁCICA E SÍNCOPE NO ADOLESCENTE NÃO CARDÍACA

- Associadas a perturbações de ansiedade (geralmente a história clínica sugestiva, associada ao exame objectivo e electrocardiogramas normais, permitem o diagnóstico)

CARDÍACA

- Estrutural
- Arritmica

EXEMPLOS DE CAUSAS ESTRUTURAIS

Pericardite/Miopericardite - Além da dor torácica com características inflamatória, pode ocorrer síncope associada a complicações como taquiarritmias, derrame pericárdico significativo ou disfunção ventricular importante.

Miocardopatia hipertrófica - Doença cardíaca heredi-

tária relativamente comum (1:500 população geral). Alguns portadores podem manter-se assintomático durante toda a vida. Sintoma mais comum é a dispnéia de esforço. Nalguns casos, a 1ª manifestação é morte súbita, sendo a principal causa de morte súbita em adolescentes e jovens com menos de 30 anos.

Estenose aórtica - Poderá passar despercebido durante a infância e sofrer deterioração e calcificação com agravamento progressivo da estenose e tornar-se sintomática no final da adolescência ou na idade adulta. Suspeitado durante o exercício físico e confirmado pelo ecocardiograma.

Anomalia congénita das artérias coronárias - Origem anómala das artérias coronárias pode ocorrer em cerca de 1% da população geral. Muitas vezes assintomática. **Mixoma** - Representa cerca de 50% dos tumores cardíacos primários (que são raros). É mais frequente no sexo feminino e ocorre entre a 3ª e 5ª década de vida, mas pode surgir noutras faixas etárias.



Joana Correia, Assistente de Cardiologia do HSA - Leiria

“Dói-me o peito” quererá dizer dor torácica? E o “desmaio” será síncope? Importa referir que a dor torácica é algo de que os adolescentes se queixam com frequência, mas raramente se trata de algo grave e em menos de 4% dos casos é de causa cardíaca.

A síncope é uma manifestação comum na adolescência, estimando-se que cerca de 15 a 30% dos adoles-

I ENCONTRO SOBRE CESSAÇÃO TABÁGICA DE LEIRIA

Auditório Hospital Santo André
11 de Junho de 2008
INSCRIÇÃO: GRATUITA

system4.pt

Presidente
Dr. Helder Roque
Comissão Organizadora
Dra. Luisa Pinto (HSA)
Dra. M.ª Manuel Açafrão
(Sub- Região de Saúde de Leiria)

Secretariado:
GEFOP (Departamento de Formação)
Olhavas - 2410-197
Telef./Fax: 244 817 087
gefop@hsaleiria.min-saude.pt
www.hsaleiria.min-saude.pt



APOIO



Roche

Inovamos na Saúde



Rochenet
www.roche.pt | ao serviço da saúde



Roche Farmacêutica Química, Lda.
Estrada Nacional 249 - 1 • 2720-413 Amadora
Tel 21 425 70 00 • Fax 21 418 66 77

Cons. Reg. Com. Amadora n.º 6444 • Cap. Social 1.090.000,00€ • Cont. n.º 500 233 810

© 2008 Roche