



CEMBE
Centro de Estudos de
Medicina Baseada na
Evidência

**Literacia em saúde:
desenvolvimento de um
sistema de informação em
saúde para pacientes.
Relatório de Projecto**

Centro de Estudos de Medicina Baseada na
Evidência da Faculdade de Medicina da
Universidade de Lisboa

para

Fundação Calouste Gulbenkian

29 de Julho de 2015

Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE LISBOA
Av. Prof. Egas Moniz, 1649-028 Lisboa
Tel.: 217 985 135 / 217 940 424 (Ext. internas 44163/4) Fax: 217 940 424
www.cembe.org

Projecto realizado com o apoio da Fundação Calouste Gulbenkian através do **Concurso para financiamento de projetos em Literacia da Saúde 2014**

A handwritten signature in black ink, consisting of a long horizontal line at the base and a stylized, cursive script above it that appears to read 'AVC'.

Prof. Doutor António Vaz Carneiro, MD, PhD, FACP

avc@medicina.ulisboa.pt

ÍNDICE

ÍNDICE	3
INTRODUÇÃO	5
CONSTRUÇÃO DE UM SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE	6
OBJECTIVOS DO PROJECTO	6
METODOLOGIA	7
CONSTITUIÇÃO DA EQUIPA DE PROJECTO	7
FORMAÇÃO DA EQUIPA DE PROJETO	7
DEFINIÇÃO ESTRATÉGICA DE CONTEÚDOS	7
DEFINIÇÃO DE FLUXO DE PROCESSOS	7
CRIAÇÃO DE CONTEÚDOS	8
RESULTADOS	9
O CANCRO DO PULMÃO	9
O ALCOOLISMO	12
O QUE É O BÓCIO	15
A DISTENSÃO MUSCULAR	18
O QUE É A CIRROSE BILIAR PRIMÁRIA	21
O PROBLEMA DAS INFECCÕES URINÁRIAS	24
A IMPORTÂNCIA DA FIBRILHAÇÃO AURICULAR	27
O QUE É A DOENÇA RENAL DOS DIABÉTICOS	31
A GRIPE H1N1 (SUÍNA)	34
A GRIPE H5N1 (AVES)	37
A CÓLERA	40
O PROBLEMA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL	43
ENGOLIR UM CORPO ESTRANHO	46
O PROBLEMA DO COLESTEROL ELEVADO	49
NÓDULO NA TIROIDEIA	52
A DOENÇA DE ALZHEIMER	55

O QUE É A DOENÇA DE PARKINSON	58
O QUE É UMA CONJUNTIVITE	61
DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO	63
AS CATARATAS	66
A RINOFARINGITE (CONSTIPAÇÃO)	69
A BRONQUITE CRÓNICA (DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA)	72
O PROBLEMA DA ENXAQUECA	75
A ZONA (HERPES ZOSTER)	78
ÚLCERA DO ESTÔMAGO (H. PYLORI)	81
GASTROENTERITE	83
A RINITE ALÉRGICA	85
PARA QUE SERVE O RASTREIO PRÉ-NATAL	87
O QUE É UMA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	89
O QUE É UMA TOMOGRAFIA COMPUTORIZADA	91
INTERRUPÇÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ (ABORTO)	93
A CESARIANA	95

INTRODUÇÃO

A literacia em saúde define-se como “o grau de capacidade com que os indivíduos obtêm, processam e compreendem informação básica em saúde e sobre o Sistema de Saúde para poderem decidir apropriadamente no que concerne a sua saúde”.

Estudos de excelente qualidade têm consistentemente demonstrado que as preferências dos doentes são ditadas por circunstâncias específicas — idade, experiências passadas, valores culturais — mas que as decisões finais e os resultados em saúde associam-se fortemente com a literacia.

Uma das causas para este fenómeno é a melhor adesão terapêutica que os doentes bem informados sobre as suas doenças apresentam, quando comparados com os apresentando baixa literacia em saúde. Um outro aspecto muito importante sobre a crucial importância da literacia em saúde refere-se à influência que ela possui em relação a uma prática clínica baseada na evidência científica: por exemplo, as crenças e mitos em saúde são na maior parte dos casos baseados em informação defeituosa ou falsa, condicionando a decisão dos pacientes (e.g. recusa da vacinação preventiva). Um paciente bem informado seguirá com mais rigor as instruções clínicas do seu médico, já que compreende melhor o que está em causa no seu tratamento: a doença, os sintomas, os medicamentos, etc. Este fenómeno estende-se igualmente aos campos das medidas preventivas e de estilos de vida saudáveis.

Existe evidência sobre a apetência crescente dos doentes pela pesquisa autónoma de informação sobre sinais, sintomas, doenças e até esquemas terapêuticos através da internet. Contudo, a maioria das centenas de milhões de websites de saúde existentes apresentam informação tendenciosa, pouco clara ou mesmo falsa, levantando questões acerca da utilidade e resultados práticos destas pesquisas.

Por outro lado, as ferramentas e mecanismos de certificação da autenticidade de informação em saúde — de que se citam como exemplos o HON (*Code of Health on the Net Foundation*) ou o directório WIS da rede *Web de Interés Sanitario* — estão deficientemente implantadas em Portugal.

Salvo excepções pontuais (do qual o Programa Harvard Medical School Portugal foi o mais paradigmático), não houve lugar à adopção ubíqua destas ferramentas pelas

instituições de saúde em Portugal, quanto mais difusão do reconhecimento dos seus selos e significado entre o público em geral, ao contrário do que sucedeu com a certificação de autenticidade no sector do chamado e-Comércio.

Por fim, trata-se ainda de informação que na maioria dos casos não está disponível em língua portuguesa.

Construção de um sistema de informação em saúde

Nesta área da produção de conteúdos em saúde para pacientes/cidadãos, possui o Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (CEMBE) extensa experiência, como responsável que foi pelo Programa de Informação em Saúde do Harvard Medical School - Portugal Program (HMS-PT), que organizou o mais completo e abrangente sistema de informação em saúde ao público alguma vez implementado em Português. O CEMBE é unanimemente considerado a melhor organização/instituição para elaboração, disseminação e avaliação de informação em saúde em Portugal.

A disponibilização de um sistema de informação em saúde para pacientes permitirá, numa perspectiva de *patient-centered care*, disponibilizar dados de qualidade sobre:

- Prevenção da doença
- Promoção de estilos de vida saudáveis
- Técnicas diagnósticas e terapêuticas
- Mudança de comportamentos.

Objectivos do projecto

Definiu-se como objectivo do projecto produzir - de Janeiro a Julho de 2015 - 32 fichas-resumo informativas para desenvolvimento de um sistema de informação em saúde para pacientes.

METODOLOGIA

Para a prossecução do objectivo do projecto foram seguidos os seguintes passos metodológicos:

Constituição da equipa de projecto

Os membros constituintes da equipa de projecto foram seleccionados de acordo com a sua experiência pregressa e competência demonstrada na operacionalização de projectos congéneres.

- Coordenador: Prof. Doutor António Vaz Carneiro (Director do CEMBE)
- Gestor: Dr. Diogo Medina (Consultor científico do CEMBE)
- Editores médicos: Dr. André Torres Cardoso e aluna Liliana Sousa Nanji (Consultores científicos do CEMBE).

Formação da equipa de projeto

Foi facultada à equipa de projecto a oportunidade de formação continuada adicional, através da frequência de um curso intensivo em Comunicação e Literacia em Saúde, ministrado pelo Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA).

Frequentaram o referido curso 2 dos 4 elementos da equipa de projecto.

Definição estratégica de conteúdos

Foi definida a listagem de conteúdos a abordar de acordo com critérios de pertinência, exequibilidade e, sobretudo, prevalência das temáticas, de entre as áreas gerais consideradas (i.e. prevenção, promoção de estilos de vida saudáveis, técnicas diagnósticas/terapêuticas, mudanças de comportamento).

Esta listagem foi proposta pelos editores médicos, sendo revista pelo coordenador de projeto.

Definição de fluxo de processos

A cadeia de fluxo de processos para produção de conteúdos foi estabelecida do seguinte modo:

- Criação de modelo de produção de conteúdos com campos-padrão

- Identificação e análise crítica da literatura biomédica relevante para cada tópico
- Síntese da informação e criação de conteúdos pelos editores médicos (A. Cardoso e L. Nanji)
- Revisão de conteúdos pelo gestor de projecto (D. Medina)
- Análise, edição e organização final pelo Coordenador (A. Vaz Carneiro).

Criação de conteúdos

A criação de conteúdos respeitou as seguintes necessidades:

- Adaptação a um nível de literacia acessível, definido como o esperado de um indivíduo que tenha concluído o 3.º ciclo do ensino escolar
- Potencial de adaptação multiformato em conteúdos multimédia potenciadores da divulgação do conhecimento (e.g. aplicações para dispositivos móveis; conteúdos vídeo e texto para incorporação em sítios informativos de iniciativa pública, corporativos e comerciais ou divulgação em hospitais, edifícios públicos e fóruns diversos; imprensa);
- Padronização de campos a abordar de acordo com os assuntos (i.e. patologias e sintomas, meios complementares de diagnóstico e intervenções terapêuticas).

	Campo 1	Campo 2	Campo 3	Campo 4	Campo 5	Campo 6
Patologias e sintomas	Definição	Causas	Sintomas	Diagnóstico	Tratamento	Prevenção
MCD	Definição	Preparação	Durante	Riscos	Cuidados	Resultado
Intervenção	Definição	Preparação	Durante	Riscos	Cuidados	Seguimento

RESULTADOS

O CANCRO DO PULMÃO

ID: C60

Autor: André Torres Cardoso. Validador: Diogo Medina.

Categoria: Patologias e Sintomas. Área: Pneumologia.

Tema e sinónimos: Adenocarcinoma do pulmão.

Campo 1

O adenocarcinoma do pulmão é um tipo de tumor maligno (ou cancro) que ocorre quando células anormais se multiplicam de forma descontrolada, crescendo e proliferando, acabando por formar uma massa ou tumor. Estas células podem ficar apenas no pulmão ou espalhar-se para outros locais no corpo, designando-se como metástases.

Campo 2

O adenocarcinoma constitui a forma mais comum de cancro do pulmão, sendo geralmente encontrado em indivíduos fumadores. No entanto, este também é o tipo mais frequente de cancro do pulmão nos indivíduos não fumadores, sendo a forma de cancro do pulmão mais comum nas mulheres e nas pessoas com idade inferior a 45 anos.

As principais causas de desenvolvimento de adenocarcinoma do pulmão são:

- Tabagismo – o principal factor de risco
- Exposição a gás radão – gás inodoro e incolor, radioactivo, formado principalmente em solos rochosos, graníticos
- Exposição a amianto, urânio, arsénio, cloreto de vinilo, cromatos de níquel, derivados do carvão, gás de mostarda, gasolina e produtos de exaustão do gasóleo.

Campo 3

A sintomatologia é bastante semelhante entre os vários tipos de tumor maligno do pulmão. Entre os mais frequentes encontram-se:

- Tosse persistente (com ou sem expectoração, que pode ter sangue)
- Falta de ar (dispneia), que pode ser pior com uma determinada posição corporal
- Dor no peito (dor torácica)
- Febre
- Rouquidão
- Perda de peso sem motivo aparente.

No caso de presença de metástases noutros locais do organismo, os sintomas poderão ser outros, consoante o órgão afectado.

Campo 4

O médico começará por lhe fazer uma série de perguntas para tentar perceber melhor qual a doença com a qual está a lidar. De seguida, poderá pedir exames que ajudarão a fazer o diagnóstico, nomeadamente:

- Radiografia tórax, Tomografia Computorizada (TC) ou Ressonância Magnética Nuclear (RMN) – permitem uma melhor visualização dos pulmões e a pesquisa de eventuais nódulos ou massas suspeitos
- Tomografia de Emissão de Positrões (PET) – permite descobrir locais onde se encontrem células tumorais, tendo em conta o seu maior crescimento e consumo de energia
- Broncoscopia – exame que permite introduzir uma câmara nos brônquios para visualizar directamente lesões e fazer biópsias
- Mediastinoscopia – exame semelhante ao anterior, mas que permite ver o espaço à volta dos pulmões no interior da grelha torácica
- Toracocentese – remoção para avaliação de líquido que se acumula em torno do pulmão.

Após o diagnóstico, os tumores são classificados em estadios consoante o seu tamanho e grau de disseminação, sendo o estadio I aquele com melhor prognóstico, e o estadio IV aquele com pior prognóstico.

Campo 5

O tratamento dependerá do estágio do cancro e do estado clínico do doente, nomeadamente do grau de desempenho (melhor ou pior) que os pulmões apresentem.

As formas mais comuns de abordagem são:

- Remoção cirúrgica de uma porção do pulmão (segmentectomia ou lobectomia), onde se encontrem as células tumorais – para tumores mais pequenos e localizados
- Pneumectomia – remoção completa de um pulmão
- Quimioterapia e/ou Radioterapia – dependendo da distância a que o cancro se disseminou, o tratamento pode incluir quimioterapia e/ou radioterapia, antes e/ou depois da cirurgia.

Quando o tumor se encontra em fase avançada, a quimioterapia e/ou radioterapia podem ser recomendadas para aliviar as queixas e prolongar a vida, pois reduzem a velocidade do crescimento do cancro, mesmo que não consigam curar a doença.

Campo 6

A prevenção do adenocarcinoma do pulmão passa por evitar os factores de risco já mencionados, não fumando, evitando a exposição passiva ao fumo do tabaco, ao amianto ou a outros produtos nocivos.

O ALCOOLISMO

ID: C61

Autor: André Torres Cardoso. Validador: Diogo Medina.

Categoria: Patologias e Sintomas. Área: Vida Saudável.

Tema e sinónimos: Alcoolismo.

Campo 1

"Alcoolismo" é o nome dado à dependência que um indivíduo pode ter do álcool. Não existe um número mínimo de bebidas diárias para se afirmar que uma pessoa é alcoólica. Contudo, algumas das características que definem a dependência do álcool são:

- Sintomas de abstinência – sintomas que surgem após parar de consumir álcool, tais como suores, ansiedade, tremores, náuseas, vômitos, convulsões e mesmo alucinações
- Perda de controlo sobre a quantidade de álcool ingerida
- Preocupação constante com a bebida
- Necessidade recorrente de consumir bebidas alcoólicas.

Estima-se que o alcoolismo afecte cerca de 1 em 10 portugueses com idades superiores a 15 anos.

Campo 2

Numa pessoa que sofra de alcoolismo, o cérebro adapta-se à presença do álcool, sem a qual existe a sensação de não conseguir funcionar. Se a pessoa interromper o consumo, podem surgir sintomas de privação.

Os problemas com o álcool são devidos a aspectos relativos da própria pessoa e de influências do meio ambiente. Por exemplo, o facto de um dos pais sofrer de alcoolismo aumenta em 4 vezes o risco de o filho ou filha se tornar dependente de álcool. A pressão social e os problemas pessoais são habitualmente apontados pelo doente como justificações para se refugiar no álcool, que fornece a sensação aparente de “conforto”.

Campo 3

O alcoolismo pode estar associado a uma longa lista de problemas psicológicos, interpessoais, sociais, económicos e médicos. O alcoolismo aumenta o risco de depressão e suicídio, e desempenha um papel importante nos crimes violentos e na prevalência de violência doméstica.

Os sintomas ou comportamentos mais comuns são:

- Beber quando está sozinho
- Ter problemas profissionais ou financeiros causados pela bebida
- Magoar-se a si próprio ou a outra pessoa enquanto intoxicado ou sob efeito da bebida
- Esconder as garrafas e os copos de bebida para ocultar a evidência da dependência
- Apresentar alterações do humor ou da personalidade
- Ter náuseas, vómitos e tremores matinais
- Apresentar sinais de desnutrição e de perda de peso
- Ter coloração vermelha nas palmas das mãos
- Reportar quedas frequentes.

Campo 4

Embora as perturbações relacionadas com o álcool sejam muito comuns, apenas um pequeno número de pessoas reconhece o problema e procura ajuda.

O médico deverá por isso inquirir acerca da quantidade de bebidas alcoólicas ingeridas diariamente. O risco de alcoolismo aumenta nos homens que bebem mais de quatro bebidas num dia (ou mais de 14 numa semana), enquanto nas mulheres o limite é mais baixo — três bebidas por dia (ou sete bebidas por semana).

Ao examinar o doente, o médico pode detectar algumas situações que também são compatíveis com o alcoolismo, tais como: desnutrição, doença do fígado ou neurológica, défices vitamínicos, anemia, entre outros.

Campo 5

Em doentes que sofram de alcoolismo, a abordagem mais segura é a de abstinência completa de consumo de álcool.

O primeiro passo consiste em reconhecer o problema e ultrapassar a fase da negação. Uma grande ajuda poderá ser conseguida se o doente recorrer ao médico ou procurar uma instituição vocacionada para estes casos, que poderão orientar o doente e encaminhar para o local mais adequado.

A fase seguinte consiste na desintoxicação, que pode ser realizada em ambulatório (em casa) ou em internamento (num hospital ou numa instituição especializada). Este processo poderá ser facilitado recorrendo a medicações para controlo dos sintomas.

O doente poderá continuar a ser seguido em consultas de grupo ou da especialidade, para manter a motivação na abstinência alcoólica e evitar recaídas.

Campo 6

Cerca de 30% dos alcoólicos conseguem abster-se de consumir álcool permanentemente sem a ajuda de um tratamento formal ou de um programa de auto-ajuda. Nos restantes, a evolução da doença é muito variada. Por isso a prevenção é aconselhada, sendo que um bom suporte social, familiar e de amigos é essencial à prevenção do alcoolismo.

O QUE É O BÓCIO

ID: C63

Autor: André Torres Cardoso. Validador: Diogo Medina.

Categoria: Patologias e Sintomas. Área: Endocrinologia.

Tema e sinónimos: Bócio.

Campo 1

A hipófise, situada imediatamente abaixo do hipotálamo no cérebro, é o órgão responsável por produzir a TSH, a hormona que ao ser libertada na circulação sanguínea irá estimular a glândula tiroideia, no pescoço, a produzir as suas hormonas, T3 e T4, que têm ação ao nível da regulação da energia no nosso corpo.

Assim, quando a estimulação da glândula tiroideia é muito intensa, esta pode aumentar de tamanho como forma de produzir mais hormonas em resposta ao estímulo. Quando a glândula tiroideia se encontra anormalmente aumentada de tamanho é dado o nome de "bócio". Este aumento pode ser feito de forma difusa ou através do desenvolvimento de nódulos tiroideus.

Campo 2

Entre as causas que podem levar ao aparecimento de bócio estão:

- Aumento da quantidade de TSH por tumores ou adenomas da hipófise ou hipotálamo
- Doença de Graves — a presença de autoanticorpos que se ligam aos receptores de TSH na tiróide, estimulando-a a produzir mais hormonas e a aumentar de tamanho
- Tumores, metástases (vindas de outros tumores) ou inflamação (tiroidite) da tiróide
- Exposição a radiação
- Tiroidite de Hashimoto
- Defeitos genéticos

- Bócio multinodular
- Adenoma tóxico (doença de Plummer)
- Défice de ingestão de iodo (a mais comum a nível internacional) ou excesso de ingestão de iodo.

Campo 3

O bócio poderá ser totalmente assintomático, contudo, normalmente apresenta-se com os seguintes sintomas ou sinais:

- Aumento do volume do pescoço (a glândula tiroideia encontra-se imediatamente à frente da traqueia, no pescoço) e/ou presença de nódulos ou gânglios aumentados de tamanho
- Dificuldades em deglutir (disfagia), rouquidão ou falta de ar (dispneia) – causados por compressão das estruturas à volta da tiróide
- Sinais e sintomas de hiper ou hipotiroidismo (hormonas a mais ou a menos)
- Dor e desconforto.

Campo 4

A avaliação inicial incluirá uma observação cuidadosa pelo médico, com palpação da tiróide e que deverá também fazer algumas perguntas para compreender melhor a situação.

De seguida poderá ser necessário fazer análises ao sangue (dosear a quantidade de TSH e de T3 e T4), para compreender como se encontra a função tiroideia e, eventualmente, pesquisar autoanticorpos.

Poderá realizar-se ainda uma ecografia, TAC, ressonância magnética ou cintigrafia da glândula tiroideia, consoante a necessidade e a patologia que deu origem ao bócio. A biópsia é também uma possibilidade para diagnóstico.

Campo 5

A maior parte das situações de bócio são benignas, causando apenas alterações estéticas. Bócios benignos e de pequena dimensão não precisarão, por isso, de ser

intervencionados. As situações por défice de iodo poderão ser revertidas através da administração desta substância. Contudo, no caso de cancro da tiróide, hipertiroidismo ou hipotiroidismo nas situações em que haja compressão das estruturas vizinhas poderá ser necessário intervir cirurgicamente.

Caso haja necessidade de tratamento farmacológico (medicamentos), este pode incluir:

- Levotiroxina – equivalente sintético das hormonas da tiróide
- Tratamento do hiper ou hipotiroidismo, muitas vezes reduz a dimensão do bócio.

Como já foi dito, o tratamento cirúrgico reserva-se para situações complicadas de bócio, quer por compressão das estruturas à volta, quer por tumores, quer quando as outras intervenções não são eficazes, consistindo na tiroidectomia, ou seja, na remoção cirúrgica da tiróide.

Campo 6

Algumas situações poderão ser prevenidas quer pela reposição dos níveis de iodo quer pela não exposição a radiações, como acontece durante a realização de radiografias.

As restantes situações não são evitáveis, mas a medicação poderá ajudar a melhorar a sintomatologia e prognóstico da doença.

A DISTENSÃO MUSCULAR

ID: C64

Autor: André Torres Cardoso. Validador: Diogo Medina.

Categoria: Patologias e Sintomas. Área: Ortopedia.

Tema e sinónimos: Distensão muscular.

Campo 1

Distensão muscular é o termo médico utilizado para descrever um estiramento ou ruptura das fibras que constituem um músculo, geralmente no decorrer de exercício físico intenso ou excessivo. A maior parte das distensões musculares acontecem por uma de duas razões: ou o músculo foi distendido para além dos seus limites ou foi forçado a contrair-se com demasiada força.

Os médicos classificam frequentemente as distensões musculares em 3 graus, consoante a gravidade da lesão das fibras musculares. Nos casos ligeiros (grau I), apenas algumas fibras musculares são lesionadas e o músculo permanece intacto e forte. Nos casos moderados (grau II) a lesão é maior e o músculo torna-se doloroso e sensível mas não ao ponto de incapacitar totalmente a função do músculo. Contudo, nos casos graves (grau III), o músculo distendido sofre ruptura completa e é incapaz de funcionar adequadamente. Nesta última situação geralmente nota-se sob a pele a separação do músculo em duas porções distintas.

Campo 2

O risco de distensão muscular é particularmente elevado durante as actividades desportivas ou exercícios de elevada intensidade, que obrigam o músculo a sofrer maior carga e variações de tamanho e tensão.

Contudo, uma pessoa pode igualmente sofrer uma distensão muscular ao levantar uma caixa pesada ou simplesmente ao realizar um movimento anormal para o músculo, como colocar mal o pé na borda do passeio.

Assim, praticamente todos os tipos de actividade acarretam algum risco de distensão muscular, embora seja muito mais evidente nos desportos de contacto, como o rãguebi, e nos desportos que exigem arranques rápidos, como o ténis. Os ginásios são

também locais propícios a este tipo de lesões, por possibilitarem exercícios com cargas e pesos muitas vezes superiores àquilo que o músculo consegue suportar.

Campo 3

Os principais sintomas e queixas encontrados em caso de distensão muscular são:

- Dor e hipersensibilidade muscular – a dor tende a aliviar com o repouso e a agravar com o movimento
- Edema (inchaço) e/ou alteração da cor do músculo
- Diminuição da força muscular e/ou incapacidade em realizar determinados movimentos
- Uma depressão ou outro defeito no contorno normal do músculo – geralmente óbvios sob a pele na zona em que as porções do músculo se separaram.

Campo 4

O diagnóstico será efectuado tendo por base a compreensão dos mecanismos que originaram a queixa. Em função das queixas do doente e, se forem compatíveis com distensão muscular, o médico irá fazer uma observação física e pedir os exames complementares de diagnóstico que considere necessários para esclarecer dúvidas que persistam, tais como a ecografia, radiografia (raio-X) ou outros.

Campo 5

A recuperação de uma distensão muscular depende muito do local e músculo afectados. Uma pequena lesão poderá curar ao fim de poucas semanas (até 8-10 semanas) enquanto uma distensão com ruptura completa de um músculo importante poderá ter de ser submetida a cirurgia. O tratamento dependerá do tipo e extensão da lesão.

Se uma pessoa sofrer uma distensão de grau I ou de grau II, o médico irá provavelmente recomendar que siga a regra "RICE":

- Repousar o músculo lesado
- Aplicar gelo ("Ice") na área lesada para reduzir o edema (inchaço)

- Comprimir o músculo com uma ligadura elástica
- Elevar a área lesada.

Para controlo das dores e inflamação o doente poderá tomar também paracetamol ou um anti-inflamatório não-esteróide (AINE) como o ibuprofeno.

Se o doente tiver uma distensão grave de grau II ou de grau III, o médico pode referenciá-lo para um especialista em ortopedia. Dependendo da lesão, o ortopedista pode imobilizar o músculo lesado numa tala gessada durante várias semanas ou pode proceder a uma reparação cirúrgica do mesmo.

Campo 6

As principais precauções a ser tomadas são:

- Realizar exercícios de aquecimento antes da actividade física
- Aumentar a intensidade do programa de treino gradualmente e não de forma brusca
- Manter um peso corporal saudável
- Praticar uma boa postura quando levanta grandes pesos ou cargas.

O QUE É A CIRROSE BILIAR PRIMÁRIA

ID: C65

Autor: André Torres Cardoso. Validador: Diogo Medina.

Categoria: Patologias e Sintomas. Área: Gastrenterologia.

Tema e sinónimos: Cirrose Biliar Primária; CBP.

Campo 1

O fígado é um órgão muito importante para o correcto funcionamento do nosso corpo e tem imensas funções, desde a produção de proteínas até à eliminação de muitos produtos tóxicos para o nosso organismo. Uma destas funções é a produção da bÍlis e a sua eliminação para o interior do intestino, para ajudar à digestão dos alimentos. Depois de produzida, a bÍlis é eliminada através dos canais e vias biliares existentes dentro e fora do fígado.

A cirrose biliar primária (CBP) é uma doença crónica e progressiva do fígado que conduz à destruição dos canais biliares de pequena e média dimensão que existem no interior do fígado. Isto conduz a uma acumulação progressiva de bÍlis no nosso organismo (colestase) e, muitas vezes, a doença hepática terminal.

A CBP afecta predominantemente mulheres entre os 30-50 anos de idade.

Os doentes assintomáticos têm uma esperança média de vida de cerca de 16 anos após o diagnóstico, enquanto os doentes sintomáticos têm uma vivem em média 7,5 anos após o diagnóstico.

Campo 2

A causa de desenvolvimento desta doença é desconhecida, mas pensa-se que poderá ser auto-imune, ou seja, devida a uma anomalia no sistema imune do indivíduo. Pensa-se que existam também factores genéticos envolvidos ainda desconhecidos.

Campo 3

Cerca de 25% dos doentes são assintomáticos e diagnosticados por acaso durante uma avaliação médica de rotina. Contudo, os doentes que têm sintomas apresentam-se mais frequentemente com:

- Cansaço (em 65% dos doentes)
- Prurido (comichão, em 55% dos doentes)
- Dor abaixo das costelas, do lado direito
- Hepatoesplenomegalia (aumento do tamanho do fígado e baço)
- Hiperpigmentação da pele (pele com uma coloração mais escura)
- Icterícia (coloração amarelada dos olhos e pele)
- Xeroftalmia e xerostomia (sensação de olhos e boca secos, respectivamente)

Os doentes com doença avançada têm sintomas semelhantes aos da cirrose:

- Eritema palmar (palmas das mãos avermelhadas)
- Ascite (acumulação de líquido na cavidade abdominal)
- Telangiectasias (pequenos vasos sanguíneos com forma de aranha)
- Edema (inchaço, principalmente dos membros inferiores).

Podem ainda surgir outros sintomas mais raros de doença hepática.

Campo 4

O diagnóstico é feito com recurso a exames ao sangue para avaliar a função do fígado, assim como níveis de marcadores de destruição celular (transaminases) e de colestase (fosfatase alcalina, gamaglutamil transferase, bilirrubinas).

A pesquisa de anticorpos anti-mitocondriais (AMAs) pode também ser pedida, uma vez que estes estão presentes em 90-95% dos doentes com cirrose biliar primária.

Outros exames que o seu médico poderá considerar para excluir que o problema é obstrução das vias biliares são:

- Ecografia abdominal
- TAC abdominal
- Ressonância (RMN).

O diagnóstico poderá ainda ser feito com recurso a biópsia do fígado e, em caso de doença avançada, uma endoscopia digestiva alta.

Campo 5

O tratamento consiste principalmente na toma de medicamentos que permitem atrasar a evolução da doença ou melhorar os seus sintomas.

Alguns desses medicamentos são:

- Ácido ursodesoxicólico – principal medicamento para diminuir a progressão da doença
- Metotrexato, prednisolona, ciclosporina – induzem a melhoria das avaliações analíticas e dos sintomas
- Anti-histamínicos, colestiramina, rifampicina, plasmaferese – podem ajudar a diminuir o prurido (comichão).

O transplante parece ser a única medida curativa para estes doentes.

Dado que 20% dos doentes podem desenvolver hipotireoidismo, poderá ser necessário efectuar medicação adicional para a tiróide.

Campo 6

Dado que é uma doença de causa desconhecida, não existem formas de prever o aparecimento da doença. Contudo, se houver história de doença na família deverá ser feito um controlo mais apertado por parte do médico assistente.

O PROBLEMA DAS INFECÇÕES URINÁRIAS

ID: C66

Autor: André Torres Cardoso. Validador: Diogo Medina.

Categoria: Patologias e Sintomas. Área: Urologia.

Tema e sinónimos: Infecção urinária/cistite.

Campo 1

Cistite é o termo médico dado à infecção da bexiga, geralmente provocada por um crescimento anormal de bactérias.

As infecções da bexiga constituem um dos tipos de infecção bacteriana mais comuns, verificando-se que pelo menos 1 em cada 3 mulheres têm pelo menos uma cistite em alguma altura da sua vida.

As infecções da bexiga são classificadas como simples ou complicadas.

As infecções simples são aquelas que acontecem nas mulheres saudáveis, com um aparelho urinário normal.

As infecções complicadas são aquelas que afectam pessoas com outros problemas de base (como diabetes ou malformações do sistema urinário) ou homens. Os homens incluem-se na categoria de infecções complicadas pois a cistite é muito menos comum no sexo masculino do que no feminino. Assim, quando um homem tem uma cistite, parte-se do pressuposto de que possa ter mais algum problema que levou ao aparecimento desta infecção.

Campo 2

As causas são variadas, e as cistites podem aparecer por problemas no sistema imunitário, presença de outras doenças simultâneas que aumentem o risco de infecção (como a diabetes), defeitos congénitos (de nascença) do sistema urinário, relações sexuais, presença de algália ou simplesmente a diferenças anatómicas entre o corpo da mulher e do homem.

A estrutura do aparelho urinário feminino é mais propícia ao desenvolvimento de infecções urinárias, dado que a abertura da uretra (orifício por onde sai a urina) se situa mais perto do ânus nas mulheres (local rico em bactérias) do que nos homens.

As relações sexuais podem propulsionar estas bactérias para a bexiga, pelo que existe um risco acrescido de cistites nas mulheres sexualmente activas. Se o fluxo normal de urina estiver obstruído ou se ocorrer uma retenção de urina na bexiga — por exemplo se houver obstrução por cálculos (pedras na bexiga ou rins) — as bactérias irão multiplicar-se nesse local, aumentando o risco de infecção. Outra razão para a urina poder ser retida na bexiga é a existência de uma lesão neurológica, resultante de um traumatismo (como uma lesão da medula espinhal) ou por próstata de tamanho aumentado nos homens.

Campo 3

Uma cistite causa inflamação da bexiga e da uretra, sendo esta a base dos sintomas que os doentes irão apresentar. Os mais comuns são:

- Necessidade frequente de urinar com saída de pequenas quantidades de urina de cada vez (polaquiúria)
- Necessidade súbita de urinar (urgência miccional)
- Dor, sensação de queimadura ou outro desconforto durante a micção
- Necessidade de urinar durante a noite
- Sangue na urina
- Urina turva, com um odor desagradável ou mais forte do que o habitual.

Se a infecção se espalhar para outras partes do corpo, o doente também poderá ter febre, calafrios ou arrepios, náuseas, vómitos, desorientação mental, entre outros.

Campo 4

O diagnóstico é feito por um médico, com base nos sintomas referidos pelo doente e, eventualmente, por alguns exames adicionais que podem ser efectuados, nomeadamente a colheita de urina para análise.

Campo 5

O tratamento varia dependendo do tipo de problema.

Nas infecções simples, geralmente administram-se antibióticos durante 3 dias.

Nas infecções complicadas, dado serem geralmente mais difíceis de tratar, a toma de antibiótico deverá durar cerca de 10-14 dias. A presença de sintomas graves (febre, confusão mental, náuseas, vómitos, etc.) sugere que as bactérias se tenham espalhado para os rins ou para o sangue. Nestes casos, os doentes podem necessitar de tratamento hospitalar.

Campo 6

Após evacuar, as mulheres deverão higienizar-se sempre da frente para trás, para evitar transferir bactérias do ânus para a uretra. Após as relações sexuais deverão também urinar. Em circunstâncias excepcionais, por exemplo em caso de múltiplas infecções anuais, poderá ser necessário administrar antibiótico (ou outras substâncias) preventivamente após terem relações sexuais.

Outras medidas que podem ajudar a prevenir as cistites incluem urinar logo que sente vontade e ingerir bastantes líquidos durante o dia.

A IMPORTÂNCIA DA FIBRILHAÇÃO AURICULAR

ID: C67

Autor: André Torres Cardoso. Validador: Diogo Medina.

Categoria: Patologias e Sintomas. Área: Cardiovascular.

Tema e sinónimos: palpitações.

Campo 1

O coração é um órgão que apresenta o tamanho aproximado de um punho fechado e que é constituído por 4 câmaras ocas: 2 superiores (as aurículas) e 2 inferiores (os ventrículos), nas quais circula o sangue. Todas estas câmaras são envolvidas por músculo cardíaco que, tal como os outros músculos, tem capacidade de se contrair de forma coordenada para bombear o sangue para todo o corpo. Quando o músculo das aurículas perde a capacidade de se contrair de forma coordenada, dizemos que está em fibrilhação.

A fibrilhação auricular é um tipo de arritmia cardíaca (em oposição ao bater rítmico e regular de um coração saudável) em que as aurículas se contraem de forma desorganizada, induzindo a sensação de palpitações com um batimento cardíaco rápido e irregular, com 80 a 180 batimentos por minuto em vez dos 60 a 100 habituais.

Campo 2

Qualquer causa de perturbação dos impulsos eléctricos normais no coração pode desencadear uma arritmia cardíaca, levando o coração a bater de forma demasiado rápida, demasiado lenta ou erraticamente.

Os factores principais que aumentam o risco de fibrilhação auricular são:

- Idade avançada
- Doença coronária (doença das artérias do coração)
- Doença cardíaca reumática (causada pela febre reumática)
- Hipertensão arterial
- Diabetes

- Tireotoxicose (hipertiroidismo).

Em muitas pessoas, a causa da fibrilhação auricular é mais grave do que a arritmia propriamente dita.

Campo 3

A fibrilhação auricular é frequentemente assintomática com períodos de batimentos cardíacos completamente normais. Quando ocorrem sintomas, entre os mais comuns encontram-se:

- Palpitações (consciência de batimentos cardíacos rápidos)
- Desmaios
- Tonturas
- Fraqueza
- Sensação de falta de ar (dispneia)
- Angina de peito (dor no peito)
- Sensação de morte súbita.

Por vezes, os batimentos cardíacos rápidos e irregulares causados pela fibrilhação auricular não conseguem bombear eficazmente o sangue para fora do coração, levando a que este se acumule nas câmaras do coração, aumentando o risco de formação de coágulos de sangue no seu interior e aumentando o risco de problemas trombo-embólicos (enfartes ou trombozes).

Campo 4

O diagnóstico tem por base as queixas e sintomas apresentadas pelo doente, bem como a observação realizada pelo médico. O médico pedirá ainda a realização de exames adicionais para a investigação da causa da doença, quer através da realização de um electrocardiograma (ECG), ecocardiograma ou por avaliação analítica (análises ao sangue).

No entanto, uma vez que a fibrilhação auricular tende a ser intermitente, um ECG de rotina pode ser normal. Neste caso, pode recorrer-se a uma técnica denominada

electrocardiografia de ambulatório, em que o doente usa uma máquina de ECG portátil denominada monitorização Holter, geralmente durante 24 horas.

Campo 5

O tratamento dependerá sempre de qual o problema que esteve na origem da fibrilhação auricular. Se a causa for uma doença coronária, então a medicação e alteração de estilos de vida será direccionada a essa patologia. Se for hipertensão arterial, deverão iniciar-se fármacos para controlo tensional.

A fibrilhação auricular causada pela tireotoxicose pode ser tratada com medicamentos ou com cirurgia de remoção da tiróide, enquanto a causada por uma doença cardíaca reumática pode necessitar de uma intervenção cirúrgica para substituir as válvulas cardíacas lesadas.

Os batimentos cardíacos irregulares podem ser tratados com medicamentos que diminuem a frequência cardíaca. Outra opção de tratamento é a cardioversão eléctrica, um procedimento que aplica um choque eléctrico ao coração para restabelecer o ritmo cardíaco normal. Podem ainda ser administrados medicamentos para tentar prevenir a recorrência da fibrilhação auricular.

Quando os medicamentos não resultam, pode por vezes ser realizado um procedimento denominado ablação por cateter de radiofrequência, em que a porção da aurícula responsável pela contracção muscular é destruída.

As pessoas com fibrilhação auricular recebem frequentemente medicamentos para prevenir os eventos trombo-embólicos, tais como medicamentos anticoagulantes ou antiagregantes plaquetários, como a varfarina e a aspirina, respectivamente.

Campo 6

A fibrilhação auricular resultante de doença coronária pode ser prevenida através das seguintes medidas para modificar os factores de risco:

- Dieta com baixo teor de gorduras
- Controlo do colesterol e a pressão arterial elevada
- Redução do consumo de bebidas alcoólicas

- Deixar de fumar
- Controlo do peso
- Prática de exercício físico regular.

Algumas causas de fibrilhação auricular não podem ser prevenidas.

O QUE É A DOENÇA RENAL DOS DIABÉTICOS

ID: C68

Autor: André Torres Cardoso. Validador: Diogo Medina.

Categoria: Patologias e Sintomas. Área: Nefrologia.

Tema e sinónimos: Nefropatia diabética.

Campo 1

A nefropatia diabética, tal como o nome indica, é uma doença dos rins que se desenvolve como complicação da diabetes.

Pode ocorrer nas pessoas com diabetes tipo 2, o tipo de diabetes mais comum (associado a uma resistência à insulina), ou nas pessoas com diabetes tipo 1 (o tipo que começa mais frequentemente numa idade jovem e que resulta de uma diminuição ou défice de produção de insulina pelo pâncreas).

Manifesta-se em cerca de 50% dos doentes com diabetes há pelo menos 20 anos.

Campo 2

A diabetes é uma doença que se caracteriza pela existência de elevados níveis de açúcar (glucose) no sangue. Isto acontece porque, nos diabéticos, o corpo tem dificuldade em utilizar a glucose e esta acumula-se no sangue.

Se colocarmos uma grande quantidade de açúcar num copo com água e mexermos, verificamos que uma boa parte deste açúcar não se consegue dissolver e por isso acaba por precipitar e acumular no fundo do copo. O mesmo acontece na diabetes. Como há uma grande concentração de açúcar no sangue, este acaba por se acumular dentro das artérias levando à sua destruição ou “entupimento”.

Quando estes estragos se localizam nos pequenos vasos sanguíneos do rim que têm como função principal a filtração do sangue, os rins começam a perder proteínas para a urina e, à medida que esta lesão progride, os rins perdem também a capacidade para remover as substâncias tóxicas do sangue como, por exemplo, a ureia.

Cerca de 40% das pessoas com diabetes tipo 1 acabam por desenvolver uma doença renal grave que, por vezes, requer hemodiálise (4-6% das diabetes tipo 2) ou um transplante renal.

Campo 3

Numa fase inicial da doença não existem sintomas ou sinais associados à nefropatia diabética. A doença vai progredindo lentamente e de forma silenciosa até ao ponto em que o grau de lesão renal já é tão grande que as queixas se tornam constantes.

A doença deverá ser suspeitada quando um doente com diabetes apresenta as seguintes queixas:

- Urina espumosa – aquando da micção
- Inchaço (edema) dos pés e tornozelos, associado a cansaço e desconforto
- Hipertensão arterial
- Doença das artérias do coração
- Problemas de visão (retinopatia diabética)
- Diminuição da sensibilidade nos pés e mãos (neuropatia diabética)
- Feridas da pele (úlceras cutâneas) de difícil cicatrização.

Estes sintomas tendem a agravar-se com a progressão da doença.

Campo 4

O primeiro sinal de lesão renal é a presença na urina de pequena quantidade de proteína, que se designa por microalbuminúria. Esta alteração na urina pode surgir 5 a 10 anos antes de se desenvolver uma lesão renal grave.

Assim, o diagnóstico deverá ser feito através de uma análise ao sangue e à urina para avaliar a forma como o rim se encontra a funcionar.

Poderá ainda ser pedida uma ecografia renal, dado que numa fase inicial da doença os rins poderão apresentar-se aumentados de tamanho e, numa fase tardia, mais pequenos.

Campo 5

A doença renal não pode ser revertida após a instalação da lesão. A doença renal secundária à diabetes é progressiva, o que significa que poderá continuar a agravar-se. No entanto, a diminuição de ingestão de proteínas, um bom controlo do açúcar no sangue e da pressão arterial, poderão diminuir a velocidade de progressão da doença.

As melhores opções são os fármacos chamados inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina (IECAs) ou os Antagonistas de Receptores de Angiotensina II (ARAs).

Quando a nefropatia atinge estadios avançados, o doente pode necessitar de hemodiálise para remover as substâncias tóxicas do sangue. Uma outra forma alternativa para tratar a doença renal nessa fase consiste na transplantação renal.

Campo 6

A melhor forma de prevenir a nefropatia diabética consiste em controlar os níveis de açúcar no sangue (glicémia). Além disso, também a pressão arterial deverá ser controlada, mantendo-se abaixo dos valores 130/80 mmHg.

Se um doente tiver uma doença renal grave, deverá evitar os medicamentos para as dores, como é o caso do grupo dos anti-inflamatórios não esteróides (AINEs), como o ibuprofeno, dado que estes irão agravar ainda mais a função do rim.

Uma dieta com um baixo teor de proteínas (0,6 a 0,8g/Kg/dia) pode igualmente contribuir para diminuir a progressão da doença renal. Se o doente fumar, deve abandonar este hábito.

Quando ocorre uma falência renal completa, a diálise ou um transplante renal constituem opções que permitem a muitas pessoas continuar a levar uma vida activa e com relativa boa qualidade.

A GRIPE H1N1 (SUÍNA)

ID: C69

Autor: André Torres Cardoso. Validador: Diogo Medina.

Categoria: Patologias e Sintomas. Área: Infeciologia.

Tema e sinónimos: Gripe suína.

Campo 1

As gripes são doenças respiratórias infecciosas causadas por vírus, geralmente Influenza, e que se transmitem por via aérea através da tosse ou espirros ou então por contacto com secreções infectadas. Ocasionalmente poderão conduzir ao aparecimento de uma pneumonia.

A gripe H1N1 (também chamada gripe suína) é, tal como as restantes gripes, uma doença respiratória infecciosa, altamente contagiosa, mas que existe normalmente nos porcos. É causada por UM ou vários vírus “Influenza A” e geralmente não afecta os humanos.

Este vírus tende a causar grande morbidade (complicações) mas tem baixas taxas de mortalidade (entre 1-4%).

Campo 2

Embora incomum, esta doença pode ser transmitida aos seres humanos quando estes entram em contacto com porcos infectados.

A variante actual, detectada pela primeira vez em humanos em 2009, continua a ser transmitida pelo contacto com porcos infectados. Contudo, tem a particularidade de permitir transmissão de vírus entre humanos, sem que estes tenham tido contacto com animais.

Campo 3

Os principais sintomas com que os doentes se poderão apresentar são semelhantes aos da síndrome gripal típica:

- Febre

- Tosse
- Odinofagia (dor ao engolir) ou garganta inflamada
- Dor muscular generalizada
- Cefaleias (dores de cabeça)
- Arrepios e cansaço
- Diarreia e vómitos, por vezes.

Nas crianças, entre os principais sinais e sintomas de gravidade encontram-se:

- Apneia (pausa na respiração muito prolongada)
- Taquipneia (aumento acentuado na frequência respiratória)
- Dispneia (falta de ar)
- Cianose (coloração azulada em torno dos lábios ou pontas dos dedos)
- Desidratação
- Alteração do estado mental normal
- Irritabilidade extrema.

Campo 4

Em caso de suspeita de infecção por vírus Influenza H1N1, o diagnóstico faz-se se existir um dos seguintes:

- Infecção respiratória com febre que aparece até 7 dias depois de se ter contactado com alguém que se confirmou estar infectado com o vírus Influenza H1N1
- Infecção respiratória com febre que aparece até 7 dias depois de se ter viajado para um local onde, confirmadamente, se verificou existir alguém infectado com o vírus Influenza H1N1.

O diagnóstico também pode ser feito com recurso a testes que permitem detectar a presença do vírus em amostras de sangue.

Campo 5

O tratamento é principalmente de suporte, ou seja, consiste basicamente em:

- Manter o doente em repouso
- Aumentar o consumo de líquidos para melhor hidratação
- Medicação para aliviar a tosse
- Antipiréticos (fármacos para diminuir a febre)
- Analgésicos (fármacos para diminuir as dores e desconforto).

Em casos mais graves poderá ser necessário proceder ao internamento do doente num hospital para se administrarem fármacos por via endovenosa (pelas veias) ou para realização de exames adicionais de diagnóstico.

Nalguns casos poderá ser necessário administrar medicação antiviral, que tem mais efeito quando administrada até 48h após o início dos sintomas e durante um período de 5 dias.

As vacinas para os vírus da gripe típicos não são eficazes contra o vírus H1N1. A vacina para o vírus H1N1 em 2009 parece ser eficaz em crianças (mais de 36 meses de idade).

O doente deverá também permanecer em casa para evitar o contágio a outras pessoas em espaços públicos.

Campo 6

A prevenção passa por evitar os espaços públicos e, assim, evitar o contágio a um maior número de pessoas. Entre as principais medidas temos:

- Lavar as mãos frequentemente com sabão e água ou soluções de álcool com mais de 60% de volume de álcool
- Evitar levar as mãos aos olhos, nariz ou boca após contactar com alguém doente
- Manter-se em isolamento em casa durante 7 dias após o início dos sintomas e até passar 24h sem qualquer sintoma
- Usar máscara de protecção se for necessário frequentar um espaço público.

A GRIPE H5N1 (AVES)

ID: C70

Autor: André Torres Cardoso. Validador: Diogo Medina.

Categoria: Patologias e Sintomas. Área: Infeciologia.

Tema e sinónimos: Gripe das aves.

Campo 1

As gripes são doenças respiratórias infecciosas causadas por vírus, geralmente Influenza, e que se transmitem por via aérea através da tosse ou espirros ou então por contacto com secreções infectadas. Ocasionalmente poderão conduzir ao aparecimento de uma pneumonia.

A gripe H5N1, também chamada gripe das aves, é também uma doença respiratória infecciosa, altamente contagiosa. É causada por um vírus Influenza do tipo A.

Este é um vírus em evolução constante e a qualquer momento poderá surgir uma estirpe que se transmita eficazmente entre humanos, com grande letalidade (potencial para causar muitas mortes).

Campo 2

A gripe H5N1 é causada por um vírus Influenza do tipo A com origem no contacto entre as aves domésticas e as aves selvagem no Sudoeste asiático. Este vírus inicialmente apenas infectava aves. Contudo, actualmente já tem algumas estirpes com capacidade para infectar humanos.

A transmissão entre humanos é rara mas apresenta uma morbidade e mortalidades consideráveis, mesmo quando afectando pessoas previamente saudáveis.

Campo 3

O vírus tem um período de incubação entre 2 a 7 dias. A apresentação de quadro gripal ligeiro é rara e, geralmente, quando há infecção pelo H5N1, os sintomas serão muito marcados com uma mortalidade média de 60% (entre 30-82% consoante o país). A morte geralmente acontece na sequência de pneumonia viral com falência multiorgânica.

Os principais sintomas que os doentes se poderão apresentar são:

- Febre alta
- Tosse e dispneia (sensação de falta de ar)
- Dor muscular generalizada
- Cefaleias (dores de cabeça)
- Arrepios e cansaço
- Diarreia e vómitos, frequentemente.

Nas crianças, entre os principais sinais e sintomas de gravidade encontram-se:

- Apneia (pausa na respiração muito prolongada)
- Taquipneia (aumento acentuado na frequência respiratória)
- Dispneia (falta de ar)
- Cianose (coloração azulada em torno dos lábios ou pontas dos dedos)
- Alteração do estado mental normal
- Irritabilidade extrema.

Campo 4

O diagnóstico é feito através dos sintomas dos doentes, apoiando-se ainda em exames efectuados ao sangue para detecção do vírus. A pesquisa do H5N1 nunca deverá ser feita isoladamente, devendo-se também pesquisar outros vírus como o H1N1.

O contacto com alguém que, confirmadamente, tenha sido infectado pelo vírus H5N1 faz elevar o grau de suspeição.

Campo 5

Dada a gravidade da infecção que geralmente se verifica, estes doentes costumam ser internados. Poderá ser feito tratamento com recurso a medicação antiviral.

Outros tratamentos a fazer são os de suporte, ou seja, aqueles que consistem basicamente em:

- Manter o doente em repouso

- Aumentar o consumo de líquidos para melhor hidratação
- Medicação para aliviar a tosse
- Antipiréticos (fármacos para diminuir a febre)
- Analgésicos (fármacos para diminuir as dores e desconforto).

Existem algumas vacinas seguras contra o H5N1 que podem ser administradas em pessoas entre 18-64 anos no caso de pandemia.

Campo 6

A prevenção passa por evitar os espaços públicos e, assim, evitar o contágio a um maior número de pessoas.

Entre as principais medidas temos:

- Lavar as mãos frequentemente com sabão e água ou soluções de álcool com mais de 60% de volume de álcool
- Evitar levar as mãos aos olhos, nariz ou boca após contactarmos com alguém doente
- Usar máscara de protecção se for necessário frequentar um espaço público
- Realizar internamentos em espaços de isolamento.

A CÓLERA

ID: C71

Autor: André Torres Cardoso. Validador: Diogo Medina.

Categoria: Patologias e Sintomas. Área: Infeciologia.

Tema e sinónimos: Cólera.

Campo 1

A cólera é uma doença infecciosa causada por uma bactéria chamada *Vibrio cholerae*.

Tipicamente esta bactéria causa uma infeção intestinal e origina uma diarreia abundante secretória (ou seja, o intestino liberta muitos líquidos e a diarreia é muito aquosa).

Existem vários subtipos desta bactéria, com graus variados de infecciosidade, mas que originam um quadro clínico semelhante entre si.

A mortalidade nos países mais desenvolvidos é de cerca de 1% e em África de cerca de 4%.

Campo 2

A cólera pode ser endémica (circunscrita a um local em que naturalmente esta bactéria existe), epidémica (causar uma série de infeções numa determinada zona) ou pandémica (causar uma infeção generalizada em vários países ou continentes ao mesmo tempo).

Esta doença é transmitida pelo contacto com águas contaminadas ou então pelo consumo de alimentos ou águas contaminadas com fezes de pessoas doentes.

Pessoas a fazer antiácidos (ex.: ranitidina, omeprazol, etc.) submetidas à cirurgia gastrectomia ou com gastrite crónica por outra bactéria chamada *Helicobacter pylori* estão em maior risco de contrair esta doença, dado que o ácido do estômago ajuda a eliminar a bactéria.

Campo 3

A bactéria tem a capacidade de produzir toxinas (enterotoxinas) que, a nível do intestino, irão promover uma grande secreção de líquidos e sais para o interior do intestino delgado (duodeno e jejuno). Isto faz com que estes doentes produzam um grande volume de diarreia líquida, inicialmente sem dor associada.

Poderá ter ainda associados os seguintes sintomas:

- Vómitos
- Dor abdominal tardia
- Desidratação e olhos encovados
- Desequilíbrios dos iões/sais sanguíneos
- Alteração do estado de consciência com sonolência ou coma – em situações graves
- Em crianças – convulsões, tonturas, coma e febre (muito raro em adultos).

Contudo, muitas das vezes a infecção poderá ser assintomática e a pessoa passa a ser chamada “portador assintomático” da bactéria, podendo continuar a propagar a infecção, se os devidos cuidados de higiene não forem respeitados.

Campo 4

Nos locais onde habitualmente existe a bactéria *Vibrio cholerae* o diagnóstico faz-se se o doente começar com diarreia aquosa muito abundante com as características descritas acima.

Noutros locais poderá ser necessário realizar alguns exames laboratoriais para conseguir identificar a bactéria nos intestinos ou nas fezes.

Poderá ser necessário realizar exames ao sangue para avaliar o grau de desidratação e os desequilíbrios causados pela diarreia.

Campo 5

O diagnóstico definitivo não é necessário para se tratar a cólera, pois o seu principal tratamento é a hidratação e reposição de fluidos. Por vezes, quando a situação não se

reverter por si só, poderá ser necessário administrar antibióticos. Estes geralmente controlam a diarreia em menos de 48 horas e diminuem o tempo de hospitalização necessário. O antibiótico pode ser iniciado apenas quando o doente já não tiver vómitos e estiver reidratado.

Campo 6

Dado que o grande foco de doença são as águas e alimentos contaminados, é muito importante que as águas sejam desinfectadas ou fervidas e os alimentos devidamente lavados e preparados.

Outros aspectos importantes são:

- Consumo de água canalizada tratada ou engarrafada com controlo microbiológico
- Existência de sistemas de recolha de esgotos
- Higienização das mãos antes de mexer em águas ou alimentos.

O PROBLEMA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

ID: C72

Autor: André Torres Cardoso. Validador: Diogo Medina.

Categoria: Patologias e Sintomas. Área: Cardiovascular.

Tema e sinónimos: HTA; Hipertensão Arterial; tensão alta..

Campo 1

A pressão arterial (ou tensão arterial) é o termo utilizado para nos referirmos à força que o sangue faz ao passar pelo interior das artérias. Assim, quando o sangue circula com menos pressão do que o normal, dizemos que a pessoa tem a tensão baixa (ou hipotensão), e quando o sangue circula com mais pressão do que o normal, dizemos que a pessoa tem a tensão alta (ou hipertensão arterial).

A pressão arterial funciona tal como as ondas no oceano, onde existem duas componentes: uma mais alta, que equivale ao topo de cada onda (pressão sistólica, valor mais elevado ou "máxima"), e uma mais baixa, que equivale à base de cada onda (pressão diastólica, valor mais baixo ou "mínima"). Assim, a pressão sistólica corresponde à pressão máxima do sangue, imediatamente após ser bombeado pelo coração. Este valor vai diminuindo progressivamente até ao próximo bombear do coração. O valor de pressão arterial mais baixo entre batimentos cardíacos dá-nos o valor da pressão diastólica. E assim se obtêm os dois valores da pressão arterial.

Campo 2

Cerca de 90% dos casos de hipertensão arterial são de causa genética ou ambiental (eg: consumo excessivo de sal). Problemas com a obesidade, doenças cardíacas e diabetes também contribuem para o aparecimento de hipertensão arterial.

Os restantes 10% de casos de hipertensão arterial surgem na sequência de outras doenças: doença renal crónica, obstrução das vias urinárias, feocromocitoma (tumor da glândula supra-renal), tumores, coarctação da aorta, vasculites, síndrome de Cushing, consumos de substâncias (ex. nicotina, cocaína, outras drogas e medicamentos), alcoolismo, hiper ou hipotireoidismo, entre muitas outras.

O seu médico ajudará a determinar se alguma destas causas se aplica ao seu caso concreto.

Campo 3

De um modo geral a pressão arterial elevada não causa sintomas na maioria das pessoas.

Contudo, à medida que os valores vão aumentando, os sintomas começam a surgir e podem incluir: dores de cabeça (cefaleias), tonturas, fadiga, zumbido nos ouvidos, visão turva e taquicardia (coração acelerado).

Se a hipertensão não estiver a ser controlada adequadamente, o doente apresentará um risco maior de ataque cardíaco (enfarte agudo do miocárdio), insuficiência cardíaca (coração fraco), acidente vascular cerebral (AVC) e insuficiência renal (em que os rins deixam de funcionar).

Campo 4

Em geral (e dependendo da idade) a pressão arterial considera-se normal quando é inferior a 140/90 mmHg (milímetros de mercúrio). Quando os valores ultrapassam os 140/90 mmHg em pelo menos três medições em ocasiões diferentes, diz-se que a pessoa tem hipertensão arterial, que será tão mais grave quanto mais altos forem os valores.

Como a pressão arterial elevada pode causar lesões em muitos órgãos, incluindo o cérebro, olhos, coração e rins, o médico deverá fazer uma observação detalhada a todos estes órgãos, realizando os exames que considerar necessários.

Campo 5

A primeira medida a tomar é alterar os estilos de vida e a alimentação, seguindo as medidas de Prevenção exemplificadas mais à frente.

Contudo, por vezes estas medidas são insuficientes e é necessário partir para uma abordagem farmacológica.

Os medicamentos anti hipertensores incluem uma grande diversidade de fármacos divididos em classes ou categorias: os diuréticos (ex. tiazidas), os beta-bloqueantes (ex.

carvedilol, bisoprolol), os IECAs (ex. captopril, perindopril), os ARAs (ex. losartan, candesartan) e os bloqueadores dos canais do cálcio (ex. amlodipina, verapamil). Muitos destes fármacos são combinados entre si para conseguir um melhor controlo de tensão arterial, especialmente em pessoas com maior risco de complicações.

Campo 6

Para prevenir a pressão arterial elevada deve:

- Realizar exercício físico regular de intensidade adequada a si
- Reduzir a ingestão de sal e de bebidas alcoólicas
- Ingerir menos gorduras saturadas e diminuir a LDL (colesterol “mau”)
- Parar de fumar
- Diminuir o peso.

Existe a possibilidade real de poder prevenir a pressão arterial elevada apenas com alterações do estilo de vida e sem necessidade de recorrer a medicamentos.

ENGOLIR UM CORPO ESTRANHO

ID: C73

Autor: André Torres Cardoso. Validador: Diogo Medina.

Categoria: Patologias e Sintomas. Área: Gastrenterologia.

Tema e sinónimos: Corpo estranho no trato gastrointestinal.

Campo 1

O trato gastrointestinal (TGI) ou sistema digestivo consiste num conjunto de estruturas ou órgãos que vão desde a boca até ao ânus. Inclui a boca, esófago, estômago, intestino delgado e intestino grosso ou cólon.

Estes órgãos, no seu conjunto, são responsáveis por fazer a digestão e absorção dos nutrientes dos alimentos, essenciais ao nosso organismo.

Por vezes, as pessoas ingerem ou introduzem objectos que o nosso corpo não é capaz de digerir tais como moedas, pilhas, vidros, espinhas de peixe, ossos, plásticos, entre muitos outros (por exemplo pílulas de grandes dimensões). Outros exemplos são aqueles objectos ou alimentos que por serem grandes demais não são capazes de fazer todo o trajecto do TGI, ficando presos ou retidos (por exemplo um grande pedaço de carne). A estes objectos ou alimentos, que são estranhos ao nosso sistema digestivo, chamamos corpos estranhos no TGI.

Cerca de 80% dos casos de corpos estranhos no TGI acontecem em crianças entre os 1-3 anos de idade.

Campo 2

Algumas das razões que levam as pessoas a ingerir ou introduzir objectos no TGI são:

- Acidentes
- Distúrbio mental ou doença psiquiátrica
- Satisfação pessoal
- Correios de droga – os indivíduos escondem a droga, engolindo-a ou introduzindo-a pelo ânus

- Por acidente: as crianças ingerem muitas vezes objectos estranhos por brincadeira, distração ou por os objectos serem parecidos com alimentos que elas conhecem.

A estas causas poderão juntar-se muitas outras e cada caso deverá ser avaliado separadamente.

Campo 3

Se um objecto estranho no TGI conseguir percorrer o sistema digestivo sem ficar retido ou “preso” e sair, quer pela boca ou pelo ânus, o doente poderá não apresentar nenhum sintoma e a situação resolver-se por si só. É o que acontece na maior parte dos casos.

Contudo, em situações em que o objecto é grande demais, afiado, cortante ou tóxico, as pessoas poderão apresentar sintomas tais como:

- Dor ou desconforto, que pode ser muito forte se houver perfuração
- Vómitos ou náuseas (enjoo)
- Anorexia (perda de peso) e falta de apetite
- Dispneia (sensação de falta de ar) e/ou tosse
- Disfagia – dificuldade em engolir
- Sialorreia (hipersalivação)
- Perdas de sangue – se o objecto perfurar ou lesar algum órgão
- Paragem do trânsito intestinal – se houver oclusão ou “entupimento” do TGI
- Sintomas de intoxicação por drogas
- Apendicite aguda.

Na sequência da ingestão ou introdução de corpos estranhos, podem ocorrer perfurações ou oclusões do TGI assim como as complicações a elas associadas.

Campo 4

O diagnóstico geralmente é efectuado pelo testemunho do doente, que revela ter ingerido ou introduzido um objecto estranho no TGI.

Contudo, quando tal não é possível ou para ter a certeza do local onde o objecto se encontra, poderão ser realizados os seguintes exames:

- Exames ao sangue para pesquisarmos substâncias tóxicas ou drogas
- Ecografia
- Radiografia do tórax, abdominal ou pélvica
- TC ou Ressonância Magnética (RMN)
- Endoscopia digestiva alta ou colonoscopia.

Em casos excepcionais poderá ser necessário realizar outros exames.

Campo 5

Cerca de 80-90% dos casos de corpo estranho no TGI não irão precisar de qualquer tratamento, dado que o corpo estranho irá sair por si só.

Contudo, os restantes casos poderão precisar de ser internados para realizar exames, para remover o objecto ou para ser submetidos a cirurgia se houver uma grande complicação como a oclusão, perfuração de órgãos ou hemorragia (sangramento) digestiva grave.

Nos casos mais ligeiros poderá ser suficiente realizar uma endoscopia alta ou colonoscopia para remover o objecto retido.

Campo 6

A melhor forma de prevenção é evitar a ingestão ou introdução de objectos estranhos no nosso corpo.

Em caso de ter crianças pequenas por perto, deverá garantir que os objectos de pequena dimensão e que, por isso, podem ser ingeridos, ficam longe da vista e do alcance delas.

Em caso de doença psiquiátrica também deverá evitar a exposição a objectos que possam ser ingeridos ou introduzidos no TGI, garantindo um correto seguimento pelo seu médico.

O PROBLEMA DO COLESTEROL ELEVADO

ID: C74

Autor: André Torres Cardoso. Validador: Diogo Medina.

Categoria: Patologias e Sintomas. Área: Cardiovascular.

Tema e sinónimos: Hipercolesterolemia.

Campo 1

O colesterol é uma molécula de gordura animal (que apenas existe em produtos de origem animal), que existe naturalmente no corpo humano e que desempenha diversas funções vitais, nomeadamente mantendo a estrutura das células e sendo um elemento essencial à produção de várias hormonas.

Dada a sua importância, o nosso corpo tem capacidade de produzir todo o colesterol de que necessita, pelo que a quantidade destas gorduras na alimentação deve ser reduzida. Assim, quando a quantidade de colesterol no sangue excede os valores normais diz-se que a pessoa tem hipercolesterolemia.

Existem 2 tipos principais de colesterol: o LDL e o HDL.

O colesterol LDL é responsável por transportar as gorduras desde o fígado até aos tecidos e artérias, associando-se à aterosclerose (formação de depósitos de gordura ricos em colesterol nas artérias), pelo que é considerado o colesterol “mau”. Por outro lado, o HDL é responsável por transportar as gorduras das artérias e tecidos do corpo para o fígado para ser destruído ou reutilizado, daí que seja considerado colesterol “bom”.

Campo 2

Entre as principais causas de níveis elevados de colesterol encontram-se:

- Aumento da ingestão de colesterol (consumo elevado de produtos de origem animal)
- Doenças genéticas (por exemplo a hipercolesterolemia familiar)
- Obesidade

- Diabetes
- Consumo aumentado de bebidas alcoólicas
- Algumas doenças renais
- Hipotireoidismo (mau funcionamento da tiróide).

Campo 3

Geralmente, a hipercolesterolemia não causa sintomas.

As queixas surgem quando se desenvolve aterosclerose com estreitamento significativo das artérias que conduzem o sangue ao coração (angina de peito), ao cérebro (acidentes isquémicos transitórios – AIT - e/ou acidentes vasculares cerebrais - AVC) ou a outra parte do corpo como os pés ou pernas (doença arterial periférica).

Aproximadamente 1 pessoa em cada 500 tem uma doença genética denominada hipercolesterolemia familiar, que pode causar níveis extremamente elevados de colesterol (acima de 300 mg/dL). Nestas situações podem aparecer nódulos amarelados cheios de colesterol (xantomas) sobre vários tendões, especialmente ao nível do tendão de Aquiles, nas pernas e no cotovelo. Os depósitos de colesterol podem igualmente ocorrer nas pálpebras (xantelasmas).

Campo 4

O médico irá realizar uma série de questões para avaliar o risco genético ou individual da pessoa. Irá averiguar a existência de história familiar de doença cardíaca, colesterol elevado ou diabetes.

O diagnóstico definitivo é conseguido através de uma análise ao sangue para verificar os níveis de colesterol em circulação.

Campo 5

A principal alteração a efectuar é alterar os estilos de vida e de alimentação. Isto significa que a pessoa deve modificar a sua dieta e praticar mais exercício físico (pelo menos 30 minutos de exercício intenso, como uma marcha rápida, 3-4 vezes/semana). Simultaneamente deverá consumir menos álcool, consumir mais peixe e preferir o azeite sobre as outras gorduras.

Nas situações em que a abordagem comportamental não é suficiente poder-se-á avançar para a terapia farmacológica em que existem 5 classes de medicamentos:

- Estatinas, que incluem a sinvastatina, a pravastatina, a atorvastatina, entre outras — inibem a produção de colesterol. Estes são os medicamentos mais frequentemente prescritos para reduzir o colesterol
- Resinas sequestradoras dos ácidos biliares, incluindo a colestiramina
- Niacina (ou ácido nicotínico)
- Fibratos – são especialmente úteis para as pessoas com níveis elevados de triglicédeos
- Ezetimibe – inibidor selectivo da absorção intestinal de colesterol.

Geralmente a dieta e o exercício físico conseguem reduzir o LDL-colesterol em cerca de 10%. Os medicamentos podem reduzir o LDL-colesterol numa percentagem adicional que pode ir de 20% até mais de 50%.

Campo 6

Um indivíduo pode diminuir significativamente os seus níveis de colesterol se aderir a uma dieta com baixo teor de gorduras saturadas e rica em fruta, vegetais, cereais, feijão e sementes, substituindo os alimentos com um conteúdo elevado de gorduras (ovos, carnes vermelhas gordas, fritos, óleo de palma e de coco, lacticínios produzidos com leite gordo) por outros mais saudáveis e menos gordos. As alterações da dieta necessitam de ser permanentes para que sejam mantidos os níveis de colesterol baixos.

O exercício físico diário é igualmente importante, podendo elevar o HDL-colesterol e reduzir o colesterol total.

NÓDULO NA TIROIDEIA

ID: C75

Autor: André Torres Cardoso. Validador: Diogo Medina.

Categoria: Patologias e Sintomas. Área: Endocrinologia.

Tema e sinónimos: Nódulo Tiroideu.

Campo 1

A tiróide é uma glândula com várias funções que se localiza na região anterior do pescoço, mesmo em frente à traqueia.

Um nódulo da tiróide forma-se quando uma doença faz com que uma parte da glândula cresça mais do que o normal ou aumente mais de volume, formando assim uma espécie de massa ou “bola”. Esta massa muitas vezes é palpável e sentida pelo doente, mas pode ser descoberta por acaso ou porque o doente começa a ter algumas queixas.

Campo 2

As causas para o aparecimento de um nódulo da tiróide são muitas e podem ser benignas, se não condicionarem alterações na esperança média de vida do doente, ou podem ser malignas (cancros), se tiverem potencial para se espalhar pelo corpo (metastizar) e levarem a uma morte precoce da pessoa.

Ao longo da vida, 5-10 em cada 100 pessoas irão desenvolver um nódulo na tiróide.

Cerca de 95% dos nódulos da tiróide são situações benignas, tais como nódulos colóides, bócios multinodulares, quistos, hiperplasia (crescimento fora do normal de uma porção da tiróide), tiroidite (inflamação) entre outros. Os restantes 5% dos nódulos são malignos. Contudo, as situações malignas tendem a ser muito raras: apenas 4 em cada 100.000 indivíduos saudáveis irão ter um nódulo da tiróide que seja maligno.

Campo 3

Muitos dos nódulos da tiróide podem ser assintomáticos e o doente não ter nenhuma queixa.

As condições que nos fazem pensar numa situação maligna são:

- Disfagia (dificuldade em deglutir ou engolir)
- Disfonia (alteração da voz)
- Nódulo duro, firme e imóvel na região da frente do pescoço
- História de cancro na família ou já ter feito irradiação com Raio-x no pescoço
- Presença de gânglios grandes no pescoço (pequenas “bolinhas” espalhadas pelo pescoço)
- Nódulos maiores que 3 cm

Nas situações benignas geralmente temos:

- Doenças como a tiroidite de Hashimoto ou Doença de Graves
- Sintomas de hipotiroidismo (pouca produção de hormonas pela tiróide) ou hipertiroidismo (funcionamento excessivo da tiróide)
- Dor associada ao nódulo
- Nódulo ou massa mole e lisa, que se move facilmente.

Campo 4

O diagnóstico é, muitas vezes, feito pelo médico aquando da palpação da tiróide em consulta de rotina ou quando o doente apresenta queixas.

Contudo, muitas vezes, os nódulos são muito pequenos e não se conseguem sentir ou então levantam dúvidas. Nestas alturas o médico deverá pedir exames complementares para estudar a tiróide, tais como:

- Análises ao sangue (para perceber se a tiróide está a funcionar correctamente e/ou para verificar se existe alguma doença auto-imune – pesquisa de anticorpos)
- Ecografia tiroideia
- Biópsia tiroideia
- Cintigrafia tiroideia

- TC ou Ressonância Magnética (RMN, principalmente para verificar se há metástases em caso de cancro.

Em cada caso, o médico decidirá qual o melhor exame a realizar.

Campo 5

Geralmente, se o nódulo é benigno apenas é necessário manter vigilância a cada 6-18 meses e verificar se não cresce demais, causando desconforto ao doente.

Caso o nódulo seja maligno ou grande demais poderá ser feito tratamento com iodo radioactivo para “queimar” a glândula e fazê-la diminuir de tamanho ou destruí-la.

Outra opção, aquela que geralmente é utilizada, é fazer uma cirurgia para remover a tiróide, chamada tiroidectomia.

Campo 6

A prevenção passa por fazer uma alimentação completa rica em iodo.

Outra medida simples de prevenir maiores problemas é fazer a palpação da tiróide em casa, para ver se se detecta algum nódulo, tal como se faz com a palpação da mama para procurar nódulos da mama. Alerta-se no entanto que esta medida não é muito precisa para o diagnóstico, já que a palpação é difícil.

A DOENÇA DE ALZHEIMER

ID: C81

Autor: Liliana Sousa Nanji. Validador: Diogo Medina.

Categoria: Patologias e Sintomas. Área: Neurologia.

Tema e sinónimos: Demência de Alzheimer.

Campo 1

A Doença de Alzheimer é uma forma de demência em que ocorre perda de funções cerebrais.

Tem início geralmente após os 60 anos, contudo pode afectar pessoas mais jovens.

Campo 2

As causas e os mecanismos responsáveis ainda não são completamente claros, mas sabe-se que a comunicação entre as células cerebrais é prejudicada, assim como as próprias células são afectadas.

O risco de desenvolver a doença aumenta com a idade, com a história familiar (particularmente se há história nos pais ou irmãos) e com certos factores genéticos.

Campo 3

A doença tem um agravamento progressivo. Nos estádios mais precoces, a memória a curto prazo é afectada (a pessoa tem dificuldade em recordar eventos mais recentes), pelo que é difícil aprender e reter novas informações. À medida que a doença progride, o juízo crítico é prejudicado, as memórias mais antigas são gradualmente perdidas e pode surgir dificuldade na expressão verbal, a cumprir instruções simples ou a reconhecer familiares e objectos bem conhecidos.

Pode ainda ser perdida a capacidade para realizar as actividades da vida diária (como planear refeições, tomar medicação, gerir o dinheiro, recordar caminhos e lembrar-se de manter as portas fechadas).

É também frequente o surgimento de problemas psicológicos, nomeadamente alterações da personalidade, irritabilidade, agressividade, delírios (convicções irracionais), alucinações (crença em algo que não existe), ansiedade e depressão.

Campo 4

O próprio doente pode não se aperceber ou reconhecer o problema, pelo que devem os familiares ou amigos acompanhar a situação e marcar consulta com um médico.

Não existe um teste que ofereça o diagnóstico exacto, pelo que o diagnóstico se centra na história clínica e nos achados à observação física e do estado mental.

Se necessário, podem ser realizados exames neuropsicológicos mais direccionados.

Para excluir outras doenças que podem originar sintomas semelhantes, o médico pode requerer outros testes, como análises de sangue, uma tomografia computadorizada (“TAC”) ou uma ressonância magnética (“RM”).

O médico pode ainda optar por referenciar a um especialista, como um neurologista, geriatra ou psiquiatra.

Campo 5

Não existe cura, pelo que o objectivo do tratamento consiste em controlar os sintomas e atrasar a progressão da doença.

Alguns medicamentos conseguem atrasar a progressão dos sintomas, assim como estabilizar o humor e controlar o comportamento agitado.

Existem técnicas de neuropsicologia que podem ser úteis, como a orientação para a realidade e o treino da memória, assim como grupos de apoio na comunidade.

Os doentes devem manter uma rotina de exercício físico, contactos sociais adequados e continuar com as actividades intelectuais. É também importante discutir todas as preocupações de segurança com o médico, particularmente no que respeita à condução de automóveis.

Diversos produtos de venda livre alegam melhorar a função mental, contudo a evidência científica é fraca.

Questione o seu médico antes de iniciar qualquer substância não prevista.

Campo 6

Não existe forma de prevenir o aparecimento da doença, contudo alguns comportamentos, como a actividade física e intelectual e uma dieta equilibrada, são importantes para evitar a deterioração cognitiva.

O QUE É A DOENÇA DE PARKINSON

ID: C82

Autor: Liliana Sousa Nanji. Validador: Diogo Medina.

Categoria: Patologias e Sintomas. Área: Neurologia.

Tema e sinónimos: Doença de Parkinson.

Campo 1

A Doença de Parkinson é uma doença do sistema nervoso central que provoca alterações dos movimentos corporais (tremores).

Campo 2

A doença desenvolve-se quando determinados neurónios (células nervosas) cerebrais morrem. Estes neurónios são responsáveis por produzir uma substância química chamada dopamina, que ajuda a transmitir as mensagens entre áreas do cérebro que controlam os movimentos corporais. Quando estes neurónios morrem, é produzida menos dopamina, o que dificulta o controlo dos movimentos e da tensão muscular.

O risco de desenvolver a doença é maior nos homens e aumenta quando se tem um familiar directo doente, particularmente se a instalação da doença ocorreu numa idade precoce.

Campo 3

A doença de Parkinson é uma doença crónica progressiva que surge mais frequentemente após os 60 anos mas pode começar a manifestar-se em idades mais precoces.

Geralmente começa como um tremor em qualquer parte do corpo que é mais óbvio em repouso, melhora quando a região é movida voluntariamente e agrava em situações de stress. À medida que a doença se agrava, o tremor pode tornar-se mais generalizado e afectar a caligrafia, que se pode tornar pequena e trémula e, eventualmente, ilegível.

Outros sintomas frequentes incluem a rigidez (aumento da contracção) muscular, a lentificação de movimentos, a postura instável e a dificuldade na marcha e nos

movimentos faciais. Estes aspectos podem ser bastante incapacitantes, na medida em que dificultam tarefas diárias (como vestir, lavar ou manusear talheres) e podem conduzir a quedas.

A doença está também associada a depressão, ansiedade, distúrbios do sono, perda de memória, lentificação do pensamento, discurso arrastado e com um volume de voz mais baixo, dificuldade em engolir, obstipação, incontinência urinária, disfunção sexual e alterações da sensibilidade (incluindo formigueiro e sensação de entorpecimento).

Campo 4

Não existe nenhum exame específico para o diagnóstico da doença de Parkinson, pelo que o diagnóstico é essencialmente feito com base na história do doente e na observação do médico.

Campo 5

Não existe cura, mas um plano de tratamento bem estruturado e que inclua exercício físico regular e uma dieta equilibrada permite uma vida activa a muitos doentes.

Se os sintomas não forem perturbadores, pode não ser necessária medicação. O tratamento geralmente é iniciado quando os sintomas interferem com as actividades do doente e/ou a dificuldade na marcha e no equilíbrio são significativos. Contudo, alguns doentes que começam a ser tratados mais precocemente têm um melhor desempenho no futuro.

Os medicamentos utilizados aumentam os níveis de dopamina no cérebro ou imitam os efeitos da dopamina, reduzindo as queixas mais frequentes. Pode ser necessária medicação também para outras situações associadas a esta doença.

Quando os medicamentos deixam de produzir resposta eficaz, pode-se considerar uma cirurgia.

Questione o seu médico acerca deste aspecto.

Campo 6

Não existe forma de prevenir o aparecimento da doença.

Deve contactar o seu médico se notar um tremor ou rigidez persistentes em qualquer local do corpo, tiver dificuldade em andar ou a levantar-se de uma cadeira ou não se estiver a sentir psicologicamente bem.

O QUE É UMA CONJUNTIVITE

ID: C83

Autor: Liliana Sousa Nanji. Validador: Diogo Medina.

Categoria: Patologias e Sintomas. Área: Oftalmologia.

Tema e sinónimos: Conjuntivite.

Campo 1

A conjuntivite é uma inflamação da conjuntiva, que é uma película fina que cobre a parte branca do olho e o interior das pálpebras.

Campo 2

Existem vários tipos de conjuntivite, que se relacionam com a sua causa: conjuntivite infecciosa (como resultado de uma infecção bacteriana ou viral), alérgica (como resultado do contacto com substâncias que desencadeiam uma alergia) e irritativa (por exposição a fumos, pó, solventes, etc.).

Campo 3

Os sintomas consistem em prurido (comichão) ou ardor ocular, sensação de corpo estranho no olho (como, por exemplo, areia) e desconforto com a luz. Além disso, a parte branca do olho torna-se avermelhada e há lacrimejo.

Na conjuntivite bacteriana, é frequente apenas um olho estar afectado e surgem secreções ou "ramelas" que se podem acumular entre as pálpebras, fazendo com que a visão fique turva.

Na conjuntivite alérgica, ambos os olhos são geralmente afectados e as secreções são líquidas. Existe um padrão sazonal e um predomínio do período matinal, nos dias secos e com vento. A conjuntivite de causa alérgica está frequentemente associada a rinite (inflamação do nariz), podendo acompanhar-se de prurido nasal e do palato (céu da boca), espirros e borbulhas na pele, bem como sensação de falta de ar, apesar de ser pouco frequente.

Campo 4

O diagnóstico é feito com base na história clínica e na observação médica, que incluirá um exame completo do olho, com avaliação da acuidade visual (grau da percepção dos detalhes) e exame à lâmpada de fenda (em que o médico utiliza um aparelho com uma lâmpada e observa os olhos de perto).

Campo 5

Para melhorar os sintomas deve limpar regularmente as secreções dos olhos com soro fisiológico ou água fresca, colocar compressas de água fria sobre os olhos fechados e aplicar apenas os colírios que o seu médico lhe receite.

Nas conjuntivites bacterianas usam-se antibióticos, ao passo que as conjuntivites alérgicas deverão ser tratadas com antialérgicos em colírio ou orais. As conjuntivites virais passam por si só em 1 a 2 semanas.

Campo 6

Deve evitar o contacto com a causa da conjuntivite, particularmente no caso das conjuntivites alérgicas ou irritativas, e evitar o contacto com pessoas actualmente infectadas. Lembre-se de não partilhar cosméticos para os olhos e de os substituir com frequência.

Para evitar o contágio, é importante lavar as mãos com frequência e evitar tocar nos olhos com as mãos. Não deve coçar os olhos (tal pode agravar o prurido e favorecer uma nova infecção), partilhar toalhas, permanecer muito tempo em frente a ecrãs ou usar lentes de contacto até que tenha terminado o tratamento. Pode ainda colocar óculos de sol, que o protegerão do vento e da luz intensa. No caso das crianças pequenas, estas devem permanecer em casa e afastadas de outras crianças, sem ir à creche ou à escola, até terminarem o tratamento.

Deve contactar o médico se o tratamento não lhe proporcionar algum alívio num prazo de 3 a 4 dias, se o incomodar muito olhar para a luz, se surgirem vesículas (“borbulhas”) em torno do olho afectado ou se constatar que não consegue ver com clareza.

DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO

ID: C84

Autor: Liliana Sousa Nanji. Validador: Diogo Medina.

Categoria: Patologias e Sintomas. Área: Gastrenterologia.

Tema e sinónimos: Doença do Refluxo Gastroesofágico.

Campo 1

A Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) é uma doença do aparelho digestivo em que o conteúdo do estômago reflui para o esófago (parte do tubo digestivo entre a boca e o estômago) e inflama o revestimento do mesmo.

Campo 2

A DRGE surge quando o anel de músculo que existe entre o esófago e o estômago não é capaz de contrair e manter os alimentos e o ácido no estômago.

Alguns factores que podem provocar este fenómeno incluem o tabaco, o álcool, a obesidade, a gravidez, determinados alimentos (como o café, o chocolate, a menta, bebidas gaseificadas, alimentos ácidos e alimentos gordos) e alguns medicamentos.

Campo 3

Os sintomas são frequentemente diários e incluem:

- Azia (sabor amargo ou ácido na boca)
- Pirose (dor tipo queimadura no meio do peito)
- Sensação de aperto na parte de cima da barriga
- Náuseas
- Regurgitação (subida de alimentos à boca)
- Dificuldade em engolir
- Dor de garganta
- Rouquidão
- Tosse

- Pieira (um som respiratório semelhante ao som de “gatinhos”) ou necessidade repetida de aclarar a garganta.

Os sintomas tendem a agravar-se com a ingestão de alimentos, com a flexão do tronco para a frente (por exemplo, para pegar um objecto do chão) ou com a posição deitada.

Uma exposição prolongada ao ácido pode conduzir, entre outras situações, a úlceras e a uma doença denominada “esófago de Barrett”, que aumenta o risco de cancro do esófago.

Campo 4

A observação médica pode não revelar alterações, pelo que o diagnóstico é feito com base na história do doente e dos sintomas.

Podem ser realizados exames para avaliar as queixas, como a endoscopia digestiva alta, e para excluir doença cardíaca, que se pode manifestar da mesma forma.

O médico pode também optar por referenciar ao Gastroenterologista.

Campo 5

Sem tratamento, a doença pode provocar lesões permanentes, quer na via digestiva (particularmente no esófago), quer na via respiratória.

A primeira medida consiste em alterar estilos de vida, abandonando o consumo de tabaco e álcool, perdendo peso (se tiver peso a mais) e evitando alimentos e outros factores que agravem os sintomas.

Se os sintomas persistirem, pode-se recorrer a medicamentos para proteger a parede do estômago, reduzir a produção de ácido ou agilizar o esvaziamento do estômago. Podem ser necessárias semanas até os sintomas melhorarem. Para efeito mais imediato, os vulgares antiácidos são eficazes a neutralizar a acidez.

Em casos mais extremos, é possível realizar cirurgia, com a qual se consegue obter uma melhoria considerável.

Campo 6

As medidas de prevenção consistem principalmente em evitar os factores desencadeantes referidos anteriormente.

Outras medidas úteis incluem:

- Ingerir refeições mais pequenas e mais frequentemente
- Não se deitar logo após comer (não deve comer nas 3 horas anteriores antes de se deitar)
- Elevar a cabeceira da cama (visto que adicionar almofadas pode não ser suficiente, deve colocar algo sob o colchão do lado da cabeceira, como, por exemplo, listas telefónicas)
- Evitar usar vestuário apertado

Para evitar situações mais graves desencadeadas por esta doença, siga as indicações do seu médico.

AS CATARATAS

ID: C85

Autor: Liliana Sousa Nanji. Validador: Diogo Medina.

Categoria: Patologias e Sintomas. Área: Oftalmologia.

Tema e sinónimos: Cataratas.

Campo 1

As cataratas correspondem a áreas opacificadas do cristalino (estrutura transparente do globo ocular que foca as imagens na retina) que ocorrem quando determinadas proteínas formam infiltrados ou depósitos anormais. Estes aumentam gradualmente de tamanho e interferem com a visão, pois distorcem ou bloqueiam a luz que tenta atravessar o cristalino.

O termo “catarata” significa “queda de água” e corresponde à descrição da visão enevoada característica, como se se estivesse a ver através de uma queda de água.

Campo 2

Em muitos casos, as cataratas estão relacionadas com a idade, surgindo pela primeira vez entre os 40 e 50 anos mas afectando a visão apenas quando o doente atinge os 60 anos. Noutros casos, as cataratas podem ser causadas por traumatismo do olho, diabetes de longa duração, medicamentos (nomeadamente cortisona) e radioterapia. A exposição prolongada à luz solar e o tabagismo são também factores que predisõem à formação de cataratas.

Nos bebés e nas crianças, as cataratas podem ser uma manifestação de uma doença do metabolismo mais alargada.

Existem ainda as cataratas congénitas, em que os bebés nascem já com cataratas, sendo uma infecção na gravidez uma possível causa.

Campo 3

As cataratas tipicamente não provocam sintomas até atingirem uma evolução considerável.

Os sintomas que podem surgir incluem visão turva ou enevoada, visão dupla, visão com halos em volta das luzes e sensação de que as cores estão esbatidas.

Os sintomas agravam-se com a luz solar e agravam-se progressivamente se não se proceder a tratamento.

Campo 4

O médico pode suspeitar de cataratas com base na história e nos factores de risco do doente, mas o diagnóstico propriamente dito vem da observação oftalmológica, que inclui a avaliação da acuidade visual (aptidão visual) e a observação do fundo do olho (para este procedimento pode ser necessário dilatar a pupila - parte central do olho com um medicamento).

Campo 5

Algumas medidas podem melhorar a visão, como a utilização de óculos ou de lentes de aumento, contudo apenas a cirurgia é curativa.

A cirurgia envolve a remoção do cristalino opacificado e a sua substituição por uma lente intra-ocular (inserida no interior do olho) e/ou a utilização de uma lente de contacto ou óculos especiais.

Trata-se de uma cirurgia muito eficaz, com melhoria da visão a longo prazo, contudo podem surgir algumas situações não desejadas, como o surgimento de uma catarata secundária.

Questione o seu médico acerca destes aspectos.

Campo 6

Não existe forma de prevenir as cataratas relacionadas com a idade. No entanto, pessoas com outros factores de risco, como a diabetes, devem tentar controlá-los, de forma a diminuir a probabilidade de desenvolvimento de cataratas.

Para evitar as cataratas congénitas relacionadas com infecções do feto, é importante que as mulheres grávidas ou que pretendam engravidar mantenham o acompanhamento médico adequado antes e durante a gravidez.

Deve contactar o seu médico sempre que notar dificuldade na visão e seguir o eventual programa de acompanhamento que o seu oftalmologista lhe sugira.

A RINOFARINGITE (CONSTIPAÇÃO)

ID: C86

Autor: Liliana Sousa Nanji. Validador: Diogo Medina.

Categoria: Patologias e Sintomas. Área: Otorrinolaringologia.

Tema e sinónimos: Rinofaringite viral.

Campo 1

A rinofaringite é uma infecção ou inflamação das vias respiratórias superiores (nariz, faringe, incluindo as amígdalas, e cordas vocais).

Campo 2

A causa é frequentemente infecciosa, sendo a maior parte dos casos provocada por uma infecção viral (originando a chamada "constipação"). Existem também casos provocados por infecção bacteriana, alergias, trauma, toxinas e cancro.

Nos casos infecciosos, a infecção transmite-se de pessoa para pessoa através das mãos ou do contacto com as gotículas da tosse ou dos espirros.

É normal sofrer 2 a 5 constipações por ano, sendo ainda mais frequentes em crianças, particularmente se frequentarem a escola ou o infantário.

O risco de constipações aumenta em pessoas que contactam com crianças pequenas ou pessoas que estão malnutridas, stressadas ou tristes, assim como em pessoas que fumam ou sofrem de rinite alérgica.

Campo 3

As principais queixas consistem em espirros, produção de muco, congestão nasal, dor de cabeça e de garganta, lacrimejo, tosse e febre. Eventualmente pode originar também comichão no nariz e no céu-da-boca e sensação de falta de ar, particularmente se a pessoa já tiver uma doença respiratória prévia.

Os sintomas podem começar no nariz e eventualmente descer até aos brônquios.

Campo 4

O diagnóstico é feito com base na história clínica e na observação médica.

Ocasionalmente, podem ser pedidos exames para ajudar a esclarecer a causa e para descartar eventuais complicações, nomeadamente análises de sangue, testes para detecção de microrganismos que podem causar uma infecção e radiografias do pescoço e do tórax.

O seu médico pedirá o que considerar adequado ao seu caso.

Campo 5

As constipações passam por si só ao fim de alguns dias, contudo o mesmo pode não se aplicar a rinofaringites com outras causas.

Independentemente da causa, existem medidas que pode adoptar para aliviar os sintomas:

- Se tiver dores ou febre, pode tomar paracetamol, ibuprofeno ou aspirina (atenção: não é recomendável dar aspirina a crianças com febre!)
- Se tiver congestão nasal, pode inspirar vapores de água e lavar o nariz com soro fisiológico ou água do mar. Lembre-se de beber água e infusões com frequência para aliviar a dor de garganta e a tosse.
- Cuide-se, descansando, evitando permanecer ao frio e não fumando - se fumar, aproveite esta oportunidade para parar
- Se tiver asma, não tome aspirina ou reбуçados de eucalipto e lembre-se de utilizar os inaladores da forma recomendada pelo médico.

Se tiver uma constipação, os antibióticos não serão capazes de a curar, pois estes apenas são eficazes contra bactérias e não contra vírus.

Campo 6

Não existe vacina para a constipação (a vacina da gripe não previne constipações), contudo poderá adoptar outras medidas para prevenir a infecção e o contágio, nomeadamente lavar as mãos com frequência, utilizar lenços de papel e ventilar diariamente a casa.

Deve contactar o seu médico se suspeitar que tem uma rinofaringite e sofrer de alguma doença brônquica (como a asma e a bronquite crónica), se tiver algum sintoma

diferente dos descritos, se as queixas durarem mais de 10 dias ou se a febre não melhorar com os medicamentos.

A BRONQUITE CRÓNICA (DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÓNICA)

ID: C87

Autor: Liliana Sousa Nanji. Validador: Diogo Medina.

Categoria: Patologias e Sintomas. Área: Pneumologia.

Tema e sinónimos: Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica; DPOC.

Campo 1

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) inclui um grupo de doenças crónicas que afectam os pulmões e prejudicam o fluxo de ar.

As formas mais comuns de DPOC são a bronquite crónica (quando as vias aéreas estão inflamadas e é produzida uma quantidade excessiva de muco) e o enfisema pulmonar (quando os alvéolos, os pequenos “sacos” que permitem a troca de gases nos pulmões, são destruídos).

Campo 2

A maior parte dos casos está associada à exposição ao tabaco, mesmo que seja passiva.

Existe também um maior risco com a exposição à poluição, a poeiras ou a gases tóxicos no local de trabalho e com a existência de história familiar de DPOC.

Algumas pessoas têm uma forma hereditária de enfisema não associada ao tabagismo, em que existe défice de uma proteína denominada alfa-1 anti tripsina.

Campo 3

As queixas mais importantes são a falta de ar e a tosse, associada ou não a expectoração. Outras queixas, como pieira (“chiadeira no peito”), cianose (coloração azulada da pele e dos lábios), sensação de aperto no peito, fadiga constante e dificuldade em dormir são também relevantes.

O aparecimento dos sintomas é mais frequente a partir dos 40 anos de idade, mas pode ocorrer mais precocemente, principalmente quando a doença não está associada ao tabagismo.

À medida que a doença progride, os sintomas começam a tornar-se mais intensos e mais frequentes e aumenta o risco de o doente ter infecções respiratórias recorrentes ou insuficiência cardíaca, situações que frequentemente exigem internamento hospitalar.

Campo 4

A avaliação do doente inclui a história da doença, a observação médica e a realização de provas de função respiratória.

O médico poderá considerar realizar outros exames para avaliar possíveis complicações da doença — questione-o acerca deste aspecto.

Campo 5

Não existe cura, pelo que o objectivo do tratamento consiste em aliviar os sintomas, tratar as complicações e minimizar a incapacidade.

O tratamento mais eficaz são os inaladores (“bombinhas respiratórias”), que podem conter diferentes medicamentos. Podem ser necessários antibióticos para tratar as infecções respiratórias.

Uma dieta equilibrada e os programas de prática de actividade física regular com reabilitação pulmonar aumentam a qualidade de vida.

Em alguns doentes, a terapêutica com oxigénio também pode ser benéfica.

Em casos mais graves, pode realizar-se cirurgia pulmonar, em que o transplante pulmonar pode ser uma opção.

Campo 6

É importante garantir que os factores de risco mencionados anteriormente são evitados. Nos doentes fumadores, a medida mais importante é deixar de fumar o mais cedo possível. Se fuma e pretende parar, procure ajuda médica. Deve também limitar a exposição ao fumo do tabaco das outras pessoas e evitar as actividades ao ar livre quando os níveis de poluição atmosférica são elevados.

Se já sofre da doença, deve tomar medidas para evitar exacerbações dos sintomas, lavando as mãos frequentemente durante a época gripal e evitando o contacto com

peçoas que tenham uma infecção respiratória (mesmo se for uma simples “constipação”).

Questione o seu médico acerca da vacinação contra a gripe e a pneumonia pneumocócica e consulte-o se sentir que começa a desenvolver sintomas e tiver factores de risco para a DPOC.

O PROBLEMA DA ENXAQUECA

ID: C88

Autor: Liliana Sousa Nanji. Validador: Diogo Medina.

Categoria: Patologias e Sintomas. Área: Neurologia.

Tema e sinónimos: Enxaqueca.

Campo 1

A enxaqueca é um tipo de cefaleia (dor de cabeça) de frequência variável, que apresenta vários graus de intensidade.

Atenção que nem todas as cefaleias intensas são enxaquecas.

Campo 2

A dor está associada a alterações nos vasos sanguíneos e à irritação dos nervos que envolvem o cérebro, contudo ainda não se conhece exactamente a causa.

É mais frequente em pessoas com história familiar e em mulheres. Alguns factores podem desencadear crises, tais como a alimentação (consumo de carne, queijo curado, bebidas fermentadas, alimentos em conserva e vinho, assim como alteração do consumo habitual de cafeína, saltar refeições ou realizar refeições inadequadas), odores ou luzes intensos, viagens, alterações meteorológicas, certas actividades (como a alteração do padrão de sono, quer seja a falta ou o excesso de sono), situações emocionais (stress ou alívio de stress), a toma de medicamentos hormonais e o consumo excessivo de analgésicos (medicamentos para as dores).

Campo 3

A dor é latejante ou pulsátil num ou ambos os lados da cabeça, dura entre 4 e 72 horas e está frequentemente associada a náuseas, vómitos e perda de apetite.

Muitas pessoas experimentam uma fase antes da dor caracterizada por ansiedade, irritabilidade, sonolência, fadiga, hiperactividade, perda de apetite ou desejo de alimentos específicos, que dá pistas de que uma enxaqueca se está a desenvolver. A esta fase pode dar-se o nome de pródromo.

Quando a enxaqueca está instalada, a actividade, a luz e os ruídos intensos podem agravar a dor, pelo que o doente procura um local fresco, escuro e silencioso.

Pode ainda ocorrer a “aura”, em que ocorrem alterações da visão, sintomas sensitivos (incluindo “formigueiros”) ou cognitivos (como dificuldade na fala).

É frequente sentir-se algum cansaço geral no dia seguinte à resolução da crise.

Campo 4

A observação médica é frequentemente normal, pelo que o diagnóstico é feito com base na história clínica e nos sintomas. Não existem exames especiais que auxiliem o diagnóstico.

Contudo, se o médico considerar que a história e os sintomas não são completamente compatíveis com o quadro de enxaqueca, pode optar por referenciar ao Neurologista e/ou por pedir exames que permitam excluir outras doenças.

Campo 5

O tratamento deve ser personalizado, contudo uma regra de ouro é que se deve tomar um medicamento analgésico assim que a dor começar, não se devendo esperar “para ver se passa”.

A dor poderá ceder aos analgésicos mais habituais (como paracetamol, ibuprofeno ou aspirina), mas existem situações que exigem medicamentos mais dirigidos, quer para o tratamento, quer para a prevenção das crises. Pode ser também tomada medicação para as náuseas e os vómitos.

Questione o seu médico acerca deste aspecto.

Apesar destes cuidados, a maior parte das pessoas continua a sofrer do problema de forma intermitente ao longo da vida, contudo consegue aprender a controlá-lo e a viver com as dores.

Campo 6

Identificar e evitar os factores que desencadeiam as crises ajuda a reduzir a frequência e a gravidade dos episódios.

Se tiver história de enxaqueca, deve procurar um médico quando tiver sintomas ou dores diferentes do habitual, se as queixas perturbarem o seu dia-a-dia ou se a sua medicação não for suficiente.

A ZONA (HERPES ZOSTER)

ID: C89

Autor: Liliana Sousa Nanji. Validador: Diogo Medina.

Categoria: Patologias e Sintomas. Área: Neurologia.

Tema e sinónimos: Nevralgia Pós-herpética; Varicella zoster.

Campo 1

A zona e a nevralgia pós-herpética são infeções originadas pelo vírus *Varicella zoster*.

Campo 2

O primeiro contacto com o vírus *Varicella zoster* origina varicela, em que os sintomas são relativamente ligeiros (nomeadamente as características vesículas ou "borbulhas" na pele) e resolvem por si só passados alguns dias, assumindo que a pessoa afectada (geralmente crianças) tem um sistema imunitário capaz de combater a infeção.

O vírus pode no entanto ficar armazenado em estado adormecido em determinados nervos, particularmente na zona do tronco, sendo espontaneamente reactivado alguns anos mais tarde, originando zona e nevralgia pós-herpética. Esta reactivação do vírus é mais frequente após os 50 anos de idade e pode ocorrer quando o sistema imunitário está enfraquecido por outras doenças, medicamentos ou malnutrição. Pode, no entanto, ocorrer também em adultos jovens sem outra causa aparente.

Campo 3

O vírus migra habitualmente pelos nervos sensitivos (responsáveis pela sensibilidade), provocando diminuição da sensibilidade, prurido (comichão), dormência ou formigueiro, dor e outras queixas. Se os nervos motores (responsáveis por movimentos) forem afectados, pode surgir fraqueza muscular. Raramente, podem ser afectados nervos responsáveis pela sensibilidade e movimentos da face.

Estes sintomas são seguidos de vermelhidão e vesículas no território das costelas (a chamada "zona").

Durante o período das queixas, é frequente os doentes manifestarem dor, depressão e sintomas semelhantes aos da gripe.

As vesículas resolvem por si só passado algum tempo, mas alguns doentes podem desenvolver nevralgia pós-herpética crónica, com dor intensa e difícil de controlar.

Campo 4

O diagnóstico é feito a partir da verificação médica da presença das vesículas (ou "borbulhas") características nas costelas.

Quando o diagnóstico é incerto podem ser colhidas amostras de tecidos do doente que são analisadas em laboratório.

Se se suspeitar de infecção do sistema nervoso central (constituído pelo encéfalo e pela medula espinhal), pode ser realizada uma ressonância magnética e/ou uma punção lombar (procedimento em que é colhido algum do fluido que envolve a medula espinhal do doente). Esta situação é felizmente rara.

Campo 5

Os casos mais típicos não implicam internamento hospitalar.

Existem medicamentos antivirais que diminuem a duração dos sintomas e a probabilidade de o doente ter queixas crónicas. Nos casos mais graves, podem também ser administradas imunoglobulinas, que são substâncias que ajudam o sistema imunitário a combater a infecção.

Para secar as bolhas, poderá aplicar um pano ou uma gaze embebidos em loção de sulfato de cobre ou sulfato de zinco sobre as bolhas durante 10 minutos, três vezes por dia.

Se tiver dor, pode tomar medicação para tal, nomeadamente paracetamol.

Campo 6

Existem vacinas para prevenir varicela, zona e nevralgia pós-herpética. Apesar de não impedirem o aparecimento destas infecções, diminuem a sua probabilidade e a gravidade das queixas e das complicações.

Para evitar o contágio do vírus a outras pessoas que nunca tenham tido varicela, lembre-se de lavar as mãos frequentemente, principalmente se tocar nas lesões.

Contacte um médico o mais rapidamente possível se suspeitar que pode ter uma zona, pois o tratamento é tanto mais eficaz quanto mais precocemente for implementado.

Volte ao médico se surgirem mais borbulhas noutras locais do corpo, se aparecerem crostas amareladas e não curarem (podem ter infectado) ou se a dor não desaparecer depois de curar as bolhas ou ainda se as lesões aparecerem na face e olhos (uma emergência oftalmológica).

ÚLCERA DO ESTÔMAGO (H. PYLORI)

ID: C90

Autor: *Liliana Sousa Nanji*. Validador: *Diogo Medina*.

Categoria: *Patologias e Sintomas*. Área: *Gastrenterologia*.

Tema e sinónimos: *Infecção Helicobacter pylori*.

Campo 1

O *Helicobacter pylori* é uma bactéria que pode ser encontrada no estômago e duodeno (a primeira parte do intestino depois do estômago) de mais de 50% das pessoas.

A infecção crónica por esta bactéria pode provocar sintomas e originar, a longo prazo, úlceras gástricas e duodenais e alterações pré-cancerígenas no estômago.

Campo 2

A bactéria é transmitida pelas vias oral-oral ou fecal-oral. Tal pode ocorrer quando não são cumpridas todas as medidas de higiene habituais (nomeadamente a lavagem das mãos e limpeza sanitária), em situações de poluição da água, quando existem moscas que pousam em fezes e transportam os microorganismos nas suas patas.

Campo 3

Em geral, os doentes infectados são assintomáticos. Quando existem queixas, estas consistem essencialmente em náuseas, vómitos, dor abdominal, azia, diarreia e fome e mau hálito matinal.

Campo 4

O diagnóstico é feito essencialmente com base na história do doente e com a ajuda de determinados exames de diagnóstico. Estes podem incluir análises de sangue, um teste respiratório que permite detectar a presença da bactéria no estômago, uma análise das fezes e um estudo da resposta da bactéria aos antibióticos.

A bactéria pode ainda ser detectada em biópsias que sejam obtidas através de uma endoscopia digestiva alta, se o doente precisar de realizar este exame por um outro motivo. Neste exame, um tubo com uma câmara na ponta é inserido pela boca do doente e permite observar as paredes do tubo digestivo até ao duodeno.

A análise das biópsias sob o microscópio permite ainda detectar se a infecção é recente ou, por outro lado, mais antiga e com alterações que possam originar cancro no futuro.

Campo 5

Se a bactéria for detectada, o médico irá prescrever um regime de tratamento com antibióticos e antiácidos. Apesar de poderem surgir alguns efeitos adversos, nomeadamente náuseas e sabor metálico na boca, tente seguir as instruções do médico com cuidado, visto que a toma irregular da medicação pode diminuir a eficácia dos medicamentos e exigir tratamento mais agressivo no futuro.

Consoante as queixas, o médico pode prescrever mais medicação para ajudar a controlar os sintomas e sugerir outras medidas, nomeadamente evitar certos alimentos que possam provocar mal-estar (incluindo comidas picantes, especiarias, cebola, tomate, chocolate, bebidas com álcool, café, chá preto, bebidas gasosas e sumos de laranja ou limão). Tente também fazer refeições frequentes (cerca de 5 por dia), reduzir o stresse e deixar de fumar se for fumador.

Apenas nos casos complicados, nomeadamente situações de cancro, se poderá considerar a cirurgia.

Campo 6

A medida mais importante para evitar a infecção pela bactéria é uma boa higiene, nomeadamente na lavagem das mãos e dos alimentos.

Deve contactar um médico urgentemente se tiver fezes escuras ou com sangue ou se tiver vómitos frequentes. Deve também contactá-lo se não conseguir suportar o mal-estar provocado pela medicação, se continuar com dores após o tratamento ou se perder peso e apetite.

GASTROENTERITE

ID: C91

Autor: Liliana Sousa Nanji. Validador: Diogo Medina.

Categoria: Patologias e Sintomas. Área: Gastreenterologia.

Tema e sinónimos: Gastroenterite.

Campo 1

A gastroenterite é uma infecção ou inflamação do trato digestivo, particularmente do estômago e do intestino.

Campo 2

As causas mais frequentes são a ingestão de um alimento estragado, uma infecção (viral ou bacteriana), alguns medicamentos e o stresse emocional.

Campo 3

As principais queixas são vómitos, diarreia e desconforto abdominal, sendo que por diarreia se entender a eliminação de fezes moles com uma frequência superior a 3 vezes por dia.

Podem surgir outras queixas, nomeadamente febre, aumento dos ruídos do estômago e do intestino e vermelhidão e sensação de ardor em volta do ânus.

Campo 4

O diagnóstico é feito com base na história do doente e na observação médica. O médico pode pedir uma amostra das fezes, para que possa ser analisada em laboratório, nomeadamente para identificação de possíveis micróbios responsáveis pela infecção.

Campo 5

Visto que a diarreia habitualmente resolve por si só ao fim de 1 ou 2 dias, as atitudes mais importantes são medidas de suporte para evitar desidratação e malnutrição.

A reidratação deve ser realizada por via oral sempre que possível. Para tal, deverá tentar beber 3L de líquidos por dia, em pouca quantidade de cada vez mas de forma

contínua, sem forçar. Poderá beber simplesmente água ou optar por uma receita caseira de limonada (em 1L de água deite 4 colheres de açúcar, 1/2 colher de sal, 1/2 colher de bicarbonato e o sumo de 2-3 limões), água de arroz (ferva 1L de água com uma mão cheia de arroz (50 g) durante 30 minutos, coe e deixe arrefecer antes de tomar), água de cenoura (ferva 1L de água com 250 g de cenoura cortada aos pedaços pequenos durante 60 minutos, deite um pouco de sal e deixe arrefecer antes de tomar) ou infusões de maçã e menta. Qualquer uma destas preparações pode ser guardada no frigorífico durante 24 horas. Se tiver muitos vómitos, poderá ser necessário proceder a reidratação através de uma veia.

Comece a comer aos poucos. As refeições devem ser ligeiras, com arroz cozido, arroz com água de cenoura e frango ou carne de aves sem pele ou peixe cozido ou grelhado. Pode comer tostas, maçã assada ou banana madura, mas deve evitar outras frutas e verduras cruas durante uma semana. Evite leite ou iogurtes com lactose, bebidas frescas, água com gás, café e doces. No caso de crianças a ser amamentadas, a amamentação deve ser continuada.

Se a causa da gastroenterite for uma infecção bacteriana, então poderá ter de tomar antibiótico. Se a causa for outra, os antibióticos não serão eficazes.

Deve tomar medicação (como paracetamol ou ibuprofeno) para a febre se esta surgir, mas deve evitar qualquer outra medicação que o médico não lhe tenha indicado, nomeadamente os antidiarreicos, principalmente se tiver febre.

Campo 6

Deve lavar as mãos com água e sabão frequentemente, principalmente antes das refeições e depois de ir à casa de banho ou mudar fraldas.

Deve contactar o médico se tiver uma dor aguda no intestino ou ânus, se tiver febre superior a 38.5°C, se tiver sangue ou muco nas fezes ou se não melhorar dos vómitos ou da diarreia ao fim de 3 dias apesar de realizar dieta e hidratação corretas.

A RINITE ALÉRGICA

ID: C78

Autor: Liliana Sousa Nanji. Validador: Diogo Medina.

Categoria: Patologias e Sintomas. Área: Imunoalergologia.

Tema e sinónimos: Rinite alérgica.

Campo 1

A rinite é uma inflamação da mucosa nasal que pode surgir em qualquer momento da vida, com início mais frequentemente a partir dos 5 anos e sintomas tenderem a melhorar após os 40 anos de idade.

A rinite alérgica está muitas vezes associada a conjuntivite alérgica, em que surge vermelhidão nos olhos, comichão, lacrimejo e possivelmente dor.

Campo 2

A inflamação surge como consequência de uma reacção do sistema imunitário a diferentes alérgenos (substâncias que desencadeiam alergias), como, por exemplo, pólenes, ácaros ou pelos de animais. As alergias podem ser sazonais (presentes apenas em certas alturas do ano) ou perenes (constantes ao longo do ano).

É frequente haver várias pessoas com alergia na mesma família.

Campo 3

Os sintomas são semelhantes aos de uma constipação comum, mas cada episódio pode durar entre 8 e 10 dias. Além disso, os espirros seguidos são frequentes, o muco nasal é sempre líquido e transparente e existe comichão no nariz e no palato ("céu da boca"). Por vezes podem surgir olheiras e tosse, a qual é causada pelas secreções que escorrem pela garganta.

Campo 4

O diagnóstico é feito com base na história clínica, na observação directa do nariz e nos resultados de certos exames que o médico pode requerer.

Um dos exames mais comuns é o teste de sensibilidade cutânea, em que o antebraço do doente é inoculado em diversos locais com extractos de alergénios.

Algumas análises de sangue podem também ser relevantes, nomeadamente para avaliar os níveis de eosinófilos (um tipo de glóbulos brancos) e de Imunoglobulina E ou IgE (um componente do sistema imunitário). Pode ainda ser feito um esfregaço da mucosa do nariz, que depois é analisado em laboratório.

O médico pode considerar importante realizar outros exames para investigar complicações de rinite e despistar sinusite, tal como uma radiografia ou uma tomografia computadorizada dos seios perinasais (situados na cabeça, no interior das partes ósseas da cara que rodeiam o nariz).

Campo 5

Uma das medidas mais importantes consiste em evitar a causa o máximo possível. Por exemplo, se tiver alergia aos ácaros, deve limpar muito bem a casa, usando um aspirador com um filtro específico para esta situação, e utilizar uma cobertura de colchão anti ácaros. Retirar carpetes, tapetes e cortinas pode também ser útil.

Se tiver alergia aos pólenes, evite ir ao campo, principalmente nos dias ventosos, e feche as janelas da casa. Se tiver alergia a animais, evite-os. Questione o seu médico sobre medidas que trarão benefício no seu caso específico.

Em termos de controlo dos sintomas, as lavagens nasais com água e sal ou soro fisiológico são eficazes para descongestionar o nariz.

Os anti-histamínicos e os corticóides nasais são medicamentos eficazes, contudo com efeitos apenas temporários. Em alguns casos, o médico poderá sugerir que considere as "vacinas", que devem ser realizadas entre 3 e 5 anos mas têm o potencial de proporcionar resultados mais duradouros.

Campo 6

O médico radiologista poderá conseguir proporcionar resultados preliminares dentro de um dia, contudo o relatório formal do exame poderá demorar vários dias a estar disponível.

PARA QUE SERVE O RASTREIO PRÉ-NATAL

ID: C62

Autor: André Torres Cardoso. Validador: Diogo Medina.

Categoria: Meios Complementares de Diagnóstico. Área: Ginecologia/Obstetrícia.

Tema e sinónimos: Rastreio pré-natal; RPN.

Campo 1

Determinadas análises de sangue na grávida, assim como as ecografias fetais, permitem, respectivamente, avaliar os níveis de algumas proteínas e hormonas que estão a ser produzidas pelo feto e examinar a forma como este se está a formar.

Os níveis destas substâncias, em combinação com as observações durante ecografias e a idade materna, podem permitir aos médicos identificar gravidezes com um risco mais elevado de malformações congénitas, tais como a Síndrome de Down ou os defeitos do tubo neural (problemas do cérebro e da medula espinhal).

Se os exames de rastreio sugerirem a presença de problemas, o médico pode realizar exames adicionais de confirmação, tais como a amniocentese ou uma biópsia das vilosidades coriónicas (que fazem parte da placenta).

Campo 2

A grávida deve ser sensibilizada para o facto de este exame não ser 100% infalível, não mostrando de forma segura se o feto é saudável ou se tem algum problema. Este exame apenas dá uma estimativa do risco de haver algum problema com o feto, que poderá levar à realização de outros exames complementares de diagnóstico, estes sim, com risco, embora baixo, de induzir um aborto espontâneo.

Campo 3

Inicialmente serão feitas algumas questões para compreender qual a verdadeira idade da gestação actual, nomeadamente a data prevista do parto ou a data da última menstruação.

No rastreio do 1.º trimestre, realizado entre as 10 e as 13 semanas de gestação, irá colher-se sangue para análise de 2 hormonas: a gonadotrofina coriónica humana

(beta-hCG) e a proteína plasmática associada à gravidez-A (PAPP-A). Na altura em que este exame é realizado, faz-se também uma ecografia fetal, para avaliação de alguns parâmetros de desenvolvimento do feto.

O rastreio do 2.º trimestre, realizado entre as 15 e as 20 semanas de gestação, inclui a colheita de sangue para pesquisa de até 4 hormonas e proteínas diferentes: a alfa-fetoproteína sérica materna (MSAFP), o estriol não conjugado (uE3), a inibina A e a gonadotrofina coriónica humana (hCG).

Campo 4

O rastreio propriamente dito não tem riscos associados. Contudo, os exames complementares que podem ser sugeridos caso o rastreio pré-natal venha alterado (tais como a biópsia das vilosidades coriónicas ou a amniocentese), poderão ter riscos associados (ainda que de pequena dimensão).

Em caso de gravidez gemelar (gémeos) e se foram cometidos erros ao estimar a idade de gravidez, poderão encontrar-se alguns resultados contraditórios que podem gerar ansiedade nos futuros pais.

Campo 5

Não há nenhum cuidado em particular a tomar após a realização do exame.

Campo 6

Em geral o médico toma conhecimento dos resultados em 2 a 3 dias.

O QUE É UMA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

ID: C76

Autor: Liliana Sousa Nanji. Validador: Diogo Medina.

Categoria: Meios Complementares de Diagnóstico. Área: Radiologia.

Tema e sinónimos: RM; Ressonância Magnética.

Campo 1

A Ressonância Magnética (RM) é um exame em que um aparelho que circunda o doente origina um campo magnético e permite obter imagens do corpo visto de várias perspetivas (vários “cortes”).

Este exame é particularmente útil para avaliar tecidos moles e permite “olhar” para dentro do doente sem ter de o invadir.

Campo 2

O exame pode ser realizado com ou sem a injeção de contraste (uma substância que permite avaliar melhor determinadas estruturas do corpo).

Geralmente, não é necessário qualquer tipo de preparação, salvo alguns casos em que pode ser necessário estar em jejum. Antes do exame, ser-lhe-á pedido que retire qualquer objeto que possa interferir com o aparelho, como moedas, joias, aparelhos auditivos e outros objetos metálicos.

É apropriado confirmar que não existem contraindicações e que, no caso de se pretender utilizar contraste, o doente tem uma função renal adequada e não tem alergias. No sentido de assegurar o cumprimento destas regras, poderá ser pedido que responda a um questionário de segurança. Apesar de a gravidez não ser um impedimento absoluto à realização do exame, mulheres que suspeitem estar grávidas devem informar o técnico.

Campo 3

O exame é realizado na sala em que o aparelho é mantido. O doente deverá vestir uma bata e deitar-se numa marquesa que os técnicos conseguem controlar conforme

necessário. Se o exame exigir a utilização de contraste, será necessário colocar um acesso numa veia para que o contraste possa ser injetado.

O exame pode demorar entre 20 e 40 minutos e é importante que o doente se mantenha imóvel. Ser-lhe-á fornecida proteção para os ouvidos, visto que a máquina emite um ruído intenso durante o exame. O técnico estará numa sala adjacente, vigiando o que se passa através de uma janela e ocasionalmente conversando com o doente através do microfone. O exame não é doloroso, contudo, caso o doente se sinta desconfortável a qualquer momento, poderá clicar num botão de emergência.

Campo 4

Este exame não utiliza raios X e é considerado inofensivo.

Existem poucos riscos e estes estão principalmente relacionados com a injeção de contraste. Existe a possibilidade de a função renal se agravar, alteração que é frequentemente temporária mas que é mais provável se houver doença renal prévia. Se o doente for alérgico à substância de contraste pode apresentar uma erupção cutânea ou a pressão arterial pode descer o suficiente para fazer a pessoa sentir que está a perder os sentidos. Contudo, qualquer situação recebe pronto tratamento dos profissionais de saúde envolvidos.

Campo 5

Geralmente, o doente pode abandonar o local do exame após o término do mesmo e regressar à sua vida habitual. Caso o faça sentir mais confortável, pode levar consigo um acompanhante, que o poderá ajudar a chegar a casa após o exame. Eventualmente, o médico pode considerar necessário fazer uma nova análise de sangue para avaliar a função renal.

Campo 6

O médico radiologista poderá conseguir proporcionar resultados preliminares dentro de um dia, contudo o relatório formal do exame poderá demorar vários dias a estar disponível.

O QUE É UMA TOMOGRAFIA COMPUTORIZADA

ID: C77

Autor: *Liliana Sousa Nanji. Validador: Diogo Medina.*

Categoria: *Meios Complementares de Diagnóstico. Área: Radiologia.*

Tema e sinónimos: *TAC; TC; Tomografia Computorizada.*

Campo 1

A tomografia computadorizada (TC, também comumente designada TAC ou tomografia axial computadorizada) é um exame em que um aparelho que circunda o doente emite raios X e obtém imagens do corpo visto de várias perspetivas (vários “cortes”).

Este exame pode ser realizado em diferentes áreas do corpo e permite “olhar” para dentro do doente sem ter de o invadir.

Campo 2

O exame pode ser realizado com ou sem a injeção de contraste (uma substância que permite avaliar melhor determinadas estruturas do corpo, nomeadamente vasos sanguíneos e tecidos moles).

Caso seja necessário contraste, é apropriado confirmar que não existem contra-indicações (nomeadamente alergias ou uma eventual gravidez) e que tem uma função renal adequada, aspeto que pode ser avaliado através de uma análise de sangue. Certos medicamentos, como a metformina (medicamento para a diabetes), poderão ter de ser temporariamente interrompidos. Se o médico tiver preocupações relativamente à saúde dos rins do doente, pode ser pedido que este tome um medicamento protector designado n-acetilcisteína.

Campo 3

O exame é realizado na sala em que o aparelho é mantido. O doente deverá vestir uma bata e deitar-se numa marquesa que os técnicos conseguem controlar e fazer deslizar para a frente e para trás através do aparelho conforme necessário. Se o exame exigir a utilização de contraste, será necessário colocar um acesso numa veia do doente para que o contraste possa ser injetado.

O exame pode demorar até cerca de 45 minutos e é importante que o doente se mantenha imóvel. Conforme o local do corpo que esteja a ser avaliado, o técnico pode pedir a colaboração do doente através de várias manobras, nomeadamente suste a respiração. O técnico estará numa sala adjacente, vigiando o que se passa através de uma janela e ocasionalmente conversando com o doente através de um microfone.

O exame não é doloroso, contudo, caso o doente se sinta desconfortável a qualquer momento, poderá clicar num botão de emergência que lhe é fornecido no início do exame.

Campo 4

Existem poucos riscos e estes estão principalmente relacionados com a injeção de contraste. Existe a possibilidade de a função renal se agravar, alteração que é frequentemente apenas temporária mas que é mais provável se houver doença renal previamente estabelecida. Se o doente for alérgico à substância de contraste, pode apresentar uma erupção cutânea ou a pressão arterial pode descer o suficiente para fazer a pessoa sentir que está a perder os sentidos, contudo esta situação recebe tratamento imediato. Por fim, tal como nas radiografias convencionais, o doente estará exposto a raios X, contudo numa quantidade reduzida.

Campo 5

Geralmente, o doente pode abandonar o local do exame após o término do mesmo e regressar à sua vida habitual. Caso o faça sentir mais confortável, pode levar consigo um acompanhante, que o poderá ajudar a chegar a casa após o exame. Eventualmente, o médico pode considerar necessário fazer uma nova análise de sangue para avaliar a função renal.

Campo 6

O médico radiologista poderá conseguir proporcionar resultados preliminares dentro de um dia, contudo o relatório formal do exame poderá demorar vários dias a estar disponível.

INTERRUPÇÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ (ABORTO)

ID: C79

Autor: Liliana Sousa Nanji. Validador: Diogo Medina.

Categoria: Intervenções Terapêuticas. Área: Ginecologia/Obstetrícia.

Tema e sinónimos: Interrupção de gravidez; Interrupção Voluntária da Gravidez; IVG.

Campo 1

A interrupção da gravidez, também designada por aborto, consiste na remoção dos componentes da gravidez do interior do útero. Quando é feita por opção da mulher, designa-se Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG). Quando é feita por motivos médicos, designa-se Interrupção Terapêutica ou Médica da Gravidez (ITG ou IMG). Outros termos para designar um aborto provocado incluem aborto electivo ou induzido.

Em Portugal, a legislação permite a interrupção da gravidez para impedir lesão grave ou morte da mulher (até às 12 semanas ou a qualquer momento se for a única opção), no caso de a criança vir a sofrer de doença grave ou malformação congénita (até às 24 semanas) ou se tratar de um feto inviável (interrupção a qualquer momento), no caso de violação (até às 16 semanas) ou por opção da mulher (até às 10 semanas). Para mais pormenores, consulte a Lei n.º 16/2007.

Campo 2

Será realizada uma ecografia para determinar a idade e a localização do feto, assim como uma análise para determinar o grupo sanguíneo da mulher.

O médico discutirá as várias opções com a mulher e terá de garantir que pretende prosseguir com o procedimento.

Campo 3

A interrupção da gravidez pode ser realizada com recurso a medicamentos, cirurgia ou uma combinação de ambos. A escolha do método depende do tempo da gravidez, da história clínica e da preferência da mulher.

Os medicamentos utilizados incluem a mifepristona (que contraria o efeito da progesterona, sendo esta uma hormona necessária à gravidez), o misoprostol (que provoca contrações uterinas e a dilatação do colo do útero) e o metotrexato (como alternativa à mifepristona). A escolha depende de cada caso.

Por vezes, os medicamentos não são completamente eficazes e é necessário recorrer a cirurgia. As opções cirúrgicas consistem em dilatação e curetagem (em que o colo do útero é dilatado e são utilizados instrumentos para remover o conteúdo do útero) e sucção ou aspiração. Estas intervenções são breves e podem ser realizadas com diferentes tipos de anestesia.

Campo 4

As queixas mais frequentes consistem em cólicas e hemorragia ligeira que pode durar semanas.

Apesar de raros e tratáveis, a hemorragia grave, a infeção e o aborto incompleto (quando permanecem conteúdos no útero) são riscos relevantes. Os riscos de um aborto cirúrgico incluem ainda a perfuração do útero. Em algumas situações, pode ser necessária uma segunda intervenção ou uma transfusão sanguínea.

Apenas raramente as mulheres ficam inférteis após um aborto não complicado. No caso de um aborto complicado, o risco de infertilidade é superior.

Campo 5

Após interrupção da gravidez, a mulher deverá evitar relações sexuais com penetração, a utilização de tampões ou duches vaginais durante algumas semanas, para prevenir infeções.

Deve contactar o médico se tiver febre, hemorragia intensa, dores abdominais ou lombares intensas ou corrimento vaginal diferente do habitual ou com mau cheiro.

Campo 6

A mulher terá de ficar sob vigilância médica durante um período de tempo variável entre horas e dias, dependendo da fase da gravidez, do procedimento efetuado e de eventuais complicações. Poderá ser aconselhada a efetuar uma consulta de seguimento.

A CESARIANA

ID: C80

Autor: Liliana Sousa Nanji. Validador: Diogo Medina.

Categoria: Intervenções Terapêuticas. Área: Ginecologia/Obstetrícia.

Tema e sinónimos: Cesariana.

Campo 1

A cesariana é uma cirurgia que permite o nascimento do bebé através do abdómen ou barriga da mãe. Pode ser realizada de forma programada ou de urgência.

A decisão sobre as circunstâncias e o momento para realizar uma cesariana é controversa, pelo que cada caso deve ser discutido com o médico.

Campo 2

Alguns cuidados incluem a restrição alimentar nas horas prévias, a toma de antiácidos, a realização de um enema/microclister e a colocação de uma algália e de um acesso numa veia. Eventualmente serão colocados elétrodos no peito para monitorizar a atividade cardíaca, uma braçadeira para avaliar a pressão arterial e um oxímetro para monitorizar o oxigénio no sangue.

A anestesia regional é geralmente preferida, para que a mulher possa permanecer acordada e tomar contacto imediato com o bebé, ficando a anestesia geral reservada para as situações de urgência.

A zona da cirurgia é ainda depilada e desinfetada para diminuir o risco de infeção.

Campo 3

É realizada uma incisão horizontal na linha do biquíni ou uma incisão vertical no abdómen, seguindo-se uma incisão no útero e a abertura da bolsa amniótica (“saco de águas”), para que o bebé possa ser removido e o cordão umbilical cortado.

Trata-se de uma cirurgia breve, em que o tempo médio entre o início e o parto do bebé é inferior a 10 minutos. A mulher fica completamente entorpecida do meio do tórax aos dedos dos pés devido à anestesia, contudo poderá sentir alguma pressão no abdómen. Uma vez retirado o bebé, podem ser necessários cerca de 30 minutos para

remover a placenta e encerrar o útero e a parede abdominal. A pele pode ser encerrada com uma sutura intradérmica, em que os pontos não são visíveis no exterior.

Campo 4

Os principais riscos para a mãe são a hemorragia intensa (com possível necessidade de transfusão sanguínea), infeções (incluindo endometrite, uma infeção do útero), lesões de órgãos adjacentes (como a bexiga e o intestino) e trombozes em veias das pernas ou nos pulmões.

É natural que a mulher tenha alguma dor nos primeiros dias após a cirurgia. Os riscos para o bebé incluem cortes na pele durante a incisão uterina (raro) e dificuldade respiratória.

Existem ainda complicações associadas à anestesia. A anestesia geral proporciona um relaxamento total do corpo, facilitando o refluxo dos ácidos do estômago da mulher para os pulmões, podendo originar uma pneumonia. Com a anestesia regional por vezes surgem dores de cabeça.

A complicação mais grave, mas rara, da cesariana é a morte da mãe, sendo o risco três a cinco vezes superior na cesariana do que no parto vaginal.

Campo 5

A amamentação pode ser iniciada assim que a cirurgia tenha terminado, devendo manter o peso do bebé desviado da incisão.

A mulher será encorajada a andar e a retomar a alimentação. Durante as primeiras semanas, a mulher é aconselhada a não pegar em nada mais pesado que o bebé.

Se se tiver feito uma sutura intradérmica, não terão de ser retirados os pontos, pois a linha de sutura é absorvida pelo organismo. Se tiverem sido utilizados agrafos, estes terão de ser removidos geralmente após uma semana.

A mãe deve contactar o médico se tiver febre, agravamento da dor, hemorragia intensa, vermelhidão no local da incisão, corrimento vaginal com mau cheiro, dor ou vermelhidão nas pernas, dor no peito, falta de ar ou tosse, ou se sair pus ou sangue da ferida.

Campo 6

No aplicável.