

Estratégias para Promover uma Melhor Intervenção no Sono nos Cuidados de Saúde Primários

Strategies to Promote Better Sleep Interventions in the Primary Care

Palavras-chave: Apneia Obstrutiva do Sono/diagnóstico; Cuidados de Saúde Primários; Inquéritos e Questionários; Obesidade; Portugal

Keywords: Obesity; Portugal; Primary Health Care; Sleep Apnea, Obstructive/diagnosis; Surveys and Questionnaires

Caro Editor, foi com interesse que li o artigo “Risco de Apneia Obstrutiva do Sono Não Diagnosticada em Indivíduos Obesos no Contexto dos Cuidados de Saúde Primários”¹ publicado no número de março de 2020 da Acta Médica Portuguesa, que avalia o risco de síndrome de apneia obstrutiva do sono (SAOS) em indivíduos adultos obesos que frequentaram uma unidade de saúde familiar.

Dada a alta prevalência de patologia do sono na população portuguesa e o facto de predispor os indivíduos a múltiplas condições médicas, torna-se fulcral que o Médico de Família questione o doente sobre o seu sono de forma sistemática, algo que não é feito pela maioria dos profissionais.² Nesse sentido, a realização de formação a

Médicos de Família por colegas com valência de Sono seria relevante e profícua, alertando para os pontos-chave a perguntar, o que valorizar na história de sono do doente, as corretas medidas de educação para a saúde a indicar de forma individualizada e quais as estratégias iniciais de terapêutica mais eficazes. Desta forma, aumentaríamos a probabilidade de diagnóstico e tratamento de perturbações do sono, nomeadamente a SAOS.

No doente obeso, onde a SAOS é particularmente prevalente, a doença adiciona mais uma desregulação metabólica a um doente com um risco cardiovascular já por si alto, pelo que deve ser priorizado o diagnóstico e consequente tratamento nesta subpopulação.³ Seguindo a ideia de Rind *et al*,⁴ aplicada noutro intuito com aceitação pelos profissionais e eficácia objetivada, seria interessante introduzir no suporte informático SClinico® uma lista de alertas/*checklist* com as principais comorbilidades da obesidade, incluindo nesta o rastreio da SAOS. Desta forma, cada vez que o Médico de Família incluísse no A de SOAP o código ICPC2 de “Obesidade” (T82), surgiria um memorando que auxiliaria na investigação das patologias associadas. Desta forma, garantir-se-ia uma esquematização na procura dos melhores cuidados de saúde para o doente obeso, abrangendo-o como um todo.

REFERÊNCIAS

- Ribeiro JP, Araújo A, Vieira C, Vasconcelos F, Pinto PM, Seixas B, et al. Undiagnosed risk of obstructive sleep apnea in obese individuals in a primary health care context. *Acta Med Port.* 2020;33:161.
- Grandner MA, Malhotra A. Sleep as a vital sign: why medical practitioners need to routinely ask their patients about sleep. *Sleep Health.* 2015;1:11–2.
- Romero-Corral A, Caples SM, Lopez-Jimenez F, Somers VK. Interactions between obesity and obstructive sleep apnea. *Chest.* 2010;137:711–9.
- Rind DM. Effect of computer-based alerts on the treatment and outcomes of hospitalized patients. *Arch Intern Med.* 1994;154:1511.

Marta BERNARDO✉¹

1. Unidade de Saúde Familiar Andreas. Mafra. Portugal.

Autor correspondente: Marta Bernardo. wmartabernardo@gmail.com

Recebido: 04 de março de 2020 - Aceite: 05 de março de 2020 | Copyright © Ordem dos Médicos 2020

<https://doi.org/10.20344/amp.13680>



Workplace Violence in Healthcare: Another Perspective

A Violência no Local de Trabalho em Instituições de Saúde: Outra Perspetiva

Keywords: Healthcare Workers; Occupational Hazard; Occupational Health; Prevention; Workplace Violence

Palavras-chave: Fatores de Risco Profissionais; Prevenção; Saúde Ocupacional; Trabalhadores da Saúde; Violência no Local de Trabalho

Dear editor, it was with great pleasure that I read the article “Workplace Violence in Healthcare: A Single-Center Study on Causes, Consequences and Prevention Strategies”¹ that brings attention to a real problem with rising dimension, focusing on the worker’s perspective and calls for solutions.

Workplace violence has become a worldwide problem,

deteriorating the efficiency and success of the organizations themselves. It carries immediate and long-term consequences, affecting both health and individual dignity, by creating a source of discrimination, stigmatization and conflict at work. Regarding its dimension, one shouldn’t look at the problem from an individual scope, but instead requires a comprehensive and holistic approach as a structural problem due to socioeconomic, cultural and organizational causes.²

Three kinds of violence in healthcare can be distinguished, namely patients against professionals; between professionals; and professionals against patients, by actions or omissions.²

Regarding violence between professionals, the authors paid little attention to mobbing, the main kind of violence reported nationally - 55% versus verbal (22%) and physical (13%) violence.³ Mobbing consists of psychological