



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2009/2010

Joana Filipa Ribeiro Sampaio
Relatório de Estágio Profissionalizante
em Medicina Comunitária

Abril, 2010

FMUP



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Joana Filipa Ribeiro Sampaio
Relatório de Estágio Profissionalizante
em Medicina Comunitária

Mestrado Integrado em Medicina

Área: Medicina Comunitária

Trabalho efectuado sob a Orientação de:

Dra. Maria da Graça Veiga

Abril, 2010

FMUP

Nome: JOANA FILIPA RIBEIRO SAMPALHO

Endereço electrónico: joanamazoni@gmail.com

Título da Dissertação/Monografia/Relatório de Estágio:

RELATÓRIO DE ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE EM MEDICINA
COMUNITÁRIA

Nome completo do Orientador:

FRANCA DA GRAÇA VASQUES AMORIM DA COSTA VEIGA

Nome completo do Co-Orientador:

Ano de conclusão: _____

Designação da área do projecto de opção:

MEDICINA COMUNITARIA

É autorizada a reprodução integral desta Dissertação/Monografia/Relatório de Estágio (*cortar o que não interessar*) apenas para efeitos de investigação, mediante declaração escrita do interessado, que a tal se compromete.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 19/04/2010

Assinatura: Joana Filipa Ribeiro Sampaio

Eu, YVANA FILIPA RIBEIRO SAMPAIO, abaixo assinado, nº mecanográfico 040804202, aluno do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, declaro ter actuado com absoluta integridade na elaboração deste projecto de opção.

Neste sentido, confirmo que NÃO incorri em plágio (acto pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria de um determinado trabalho intelectual, ou partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores, foram referenciadas, ou redigidas com novas palavras, tendo colocado, neste caso, a citação da fonte bibliográfica.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 19/04/2020

Assinatura: Yvana Filipa Ribeiro Sampaio

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer toda a ajuda, disponibilidade e colaboração:

Á Dra. Graça Veiga, a minha orientadora neste projecto.

Á Equipa de Enfermagem e Administrativos do Centro de Saúde de São João.

Ao Dr. Francisco Eiriz, Equipa de Enfermagem e Administrativos do Centro de Saúde de Felgueiras.

TÍTULO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE EM MEDICINA COMUNITÁRIA

RESUMO

Este trabalho é uma sucinta descrição das actividades desenvolvidas durante o estágio profissionalizante em Medicina Comunitária (MC).

As minhas principais **motivações** quando realizei esta residência eram aprofundar conhecimentos sobre os Cuidados de Saúde Primários (CSP), assim como perceber as áreas de actuação de um médico de família (MF).

Fazer a caracterização dos Centros de Saúde (CS) em que permaneci durante o estágio; descrever e valorizar criticamente as actividades em que participei, reconhecer o papel fundamental dos CSP num Sistema de Saúde e demonstrar o relevo que a Medicina Geral e Familiar (MGF) teve para mim ao longo do curso foram os **objectivos** que delineei inicialmente.

Algumas das **actividades** praticadas durante o estágio foram: a realização tutelada de consulta aberta, a aprendizagem de procedimentos nas salas de enfermagem, realização de visitas domiciliárias, apresentação de sessão de um programa educativo para diabéticos e visita a instituição de CSP.

Como **tarefa complementar**, analisei os Planos de Actividades da Diabetes *Mellitus* (DM) dos CS em que estive, comparando alguns indicadores de execução. Concluí que o CS rural não tem um programa de saúde tão completo, o que é notório se olharmos para os objectivos

gerais, específicos, actividades e metas a atingir, mas saliento um esforço crescente dos profissionais de saúde desse centro no sentido de melhorar os serviços prestados ao diabético.

O estágio em MC foi muito enriquecedor, levando-me a adquirir conhecimentos médicos e aptidões fundamentais à minha prática clínica futura e contribuindo não só para o meu desenvolvimento profissional mas também pessoal.

ÍNDICE

Abreviaturas e Siglas.....	6
Figuras e Tabelas	6
Introdução e Enquadramento	7
• Motivação do Trabalho.....	7
• Alguns Conceitos Importantes	8
Residência em Medicina Comunitária	9
• Objectivos Gerais.....	9
• Objectivo Específico.....	9
• Local e Duração do Estágio.....	9
• Caracterização dos Centros de Saúde	10
Descrição das Actividades	12
• Seminários	12
• Actividades nos Centros de Saúde	13
• Visita a instituição de Cuidados de Saúde Primários	14
• Trabalhos Elaborados.....	14
• Tarefas Desenvolvidas.....	15
Conclusões	21
Bibliografia	22
Apêndices.....	23
• Apêndice I – Cronograma do Estágio.	23
• Apêndice II- Registo de um dia de consultas: Valência Rural.....	24
• Apêndice III- Fluxograma sobre Planeamento Familiar: Valência Rural.....	28
• Apêndice IV- História Clínica: Valência Rural.....	30
• Apêndice V- Visita Domiciliária: Valência Rural (trabalho opcional)	43
• Apêndice VI- Apresentação de sessão do programa educativo para diabéticos “Caminhar para o Equilíbrio”: Valência Rural (trabalho opcional)	45

• Apêndice VII- Registo de um dia de consultas: Valência Urbana.....	45
• Apêndice VIII- Reflexão sobre Aconselhamento Genético em Neoplasias Hereditárias: Valência Urbana.....	49
• Apêndice IX- Panfleto sobre Métodos Contraceptivos de Longa Duração: Valência Urbana.....	52
Anexos.....	55
• Anexo I- Objectivos Gerais dos Planos de Actividades da DM do CSSJ e CSF para o ano de 2009.....	55
• Anexo II - Objectivos Específicos dos Planos de Actividades da DM do CSSJ e CSF para o ano de 2009.....	56
• Anexo III – Actividades a empreender para a concretização dos objectivos propostos nos Planos de Actividades da DM do CSSJ e CSF para o ano de 2009.....	58

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC	Acidente Vascular Cerebral
CS	Centro (s) de Saúde
CSP	Cuidados de Saúde Primários
CSS	Cuidados de Saúde Secundários
CSF	Centro de Saúde de Felgueiras (Sede)
CSSJ	Centro de Saúde de São João
DM	Diabetes Mellitus
EAM	Enfarte Agudo do Miocárdio
FMUP	Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
HTA	Hipertensão Arterial
MC	Medicina Comunitária
MF	Médico de Família
MI	Membros Inferiores
MGF	Medicina Geral e Familiar
OMS	Organização Mundial de Saúde
TA	Tensão Arterial

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Tabela 1: Comparação de algumas características dos Centros de Saúde - página 11

Tabela 2: Sistemas Informáticos existentes em ambos os Centros de Saúde - página 12

Tabela 3: Trabalhos efectuados durante o estágio - página 15

Tabela 4: Resultados obtidos nos anos 2007 e 2008 relativamente aos indicadores de execução comparáveis dos Planos de Actividades da DM nos CSSJ e CSF- página 17

Tabela 5: Resultados obtidos no ano de 2008 relativamente aos indicadores de execução do Plano de Actividades da DM do CSF- página 18

Tabela 6: Resultados obtidos nos anos 2007 e 2008 relativamente a alguns dos indicadores de execução do Plano de Actividades da DM do CSSJ- página 19

INTRODUÇÃO E ENQUADRAMENTO

Este trabalho foi realizado no âmbito do meu projecto de opção, inserido no Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP), no ano lectivo de 2009/2010. Consiste numa breve descrição das experiências e actividades desenvolvidas, bem como das aptidões e conteúdos formativos adquiridos durante o estágio profissionalizante em Medicina Comunitária (MC).

Propus-me também, como tarefa complementar, a analisar os Planos de Actividades da Diabetes *Mellitus* (DM) dos Centros de Saúde (CS) em que estive, comparando alguns indicadores de execução.

MOTIVAÇÃO DO TRABALHO

A Medicina Geral e Familiar (MGF) sempre me fascinou pela globalidade e abrangência dos seus serviços. O Médico de Família (MF) lida com uma diversidade enorme de problemas de saúde, englobando quase todas as especialidades médicas. Para além disso, trata pacientes de qualquer faixa etária ou sexo permitindo-lhe acompanhar toda a unidade familiar ao longo do tempo. ¹ O acumular de informações sobre o indivíduo e o desenvolvimento de uma relação médico-doente duradoura e estreita, muitas vezes de amizade e extrema confiança, é o ponto que mais admiro nesta especialidade.

A actuação do MF verifica-se em diferentes níveis de intervenção, nomeadamente na prevenção, detecção pré-sintomática da doença, diagnóstico precoce, diagnóstico da doença estabelecida, gestão da doença, gestão das complicações da doença, reabilitação, cuidados de fim de vida e aconselhamento. ² Isto demonstra o papel fulcral do MF, principalmente nas funções de educador e modificador de comportamentos.

Por tudo isto, e porque a MGF constitui para mim uma potencial opção de escolha da especialidade no final do curso, concluí que esta era uma excelente área para

realizar um relatório de estágio. Vi também nesta residência uma oportunidade para contactar com os pacientes de forma mais independente e responsável, assim como desenvolver aptidões clínicas, essencialmente as de comunicação interpessoal, pois partilho da opinião de vários autores de que as habilidades comunicacionais são fundamentais para uma boa actividade preventiva. ³

ALGUNS CONCEITOS IMPORTANTES

Cuidados de Saúde Primários

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) são o elemento fundamental de um Sistema de Saúde. Segundo a Declaração de Alma-Ata da Organização Mundial de Saúde (OMS) ⁴ os CSP são os cuidados de saúde essenciais, baseados em técnicas e métodos práticos, apropriados sob o ponto de vista científico e aceitáveis socialmente, postos ao alcance de todos os indivíduos e famílias das comunidades. Constituem por isso o primeiro nível de contacto dos indivíduos com o Sistema Nacional de Saúde e em que 90% dos seus problemas devem ser abordados. ² Têm como características fundamentais a acessibilidade, a globalidade, a coordenação, a longitudinalidade (uma vez que acompanham a pessoa ao longo do seu ciclo de vida e não unicamente nos episódios de doença), a auto-responsabilização dos cidadãos, entre outras. ^{2, 5}

Segundo o que apurei, está provado que existem vantagens nos sistemas de saúde que se baseiam mais nos CSP em comparação com aqueles mais baseados nos cuidados dos especialistas hospitalares. ^{2,6}

RESIDÊNCIA EM MEDICINA COMUNITÁRIA

OBJECTIVOS GERAIS

1. Fazer a caracterização dos CS em que permaneci durante o estágio, salientando alguns aspectos do seu funcionamento;
2. Descrever e valorizar criticamente as actividades em que participei e as experiências vivenciadas durante o estágio;
3. Demonstrar as aptidões clínicas e os conteúdos formativos adquiridos durante o estágio, nomeadamente a aprendizagem do trabalho em equipa e o desenvolvimento de atitudes apropriadas nas relações profissionais com os pacientes e com os colegas;
4. Reconhecer o papel fundamental dos CSP num Sistema de Saúde assim como demonstrar o relevo que a MGF teve para mim ao longo do curso.

OBJECTIVO ESPECÍFICO

Fazer uma análise comparativa, entre os CS rural e urbano, relativamente a alguns indicadores de execução dos Programas de Saúde da DM, bem como referir alguns aspectos positivos e negativos de cada programa.

LOCAL E DURAÇÃO DO ESTÁGIO

A residência em MC realizou-se de 28/09/09 a 23/10/09, estando organizada em dois módulos, rural e urbano, realizados em CS, cada um com duração de duas semanas. O módulo rural foi o primeiro que frequentei, e o CS escolhido para tal foi o CS de Felgueiras (CSF), enquanto o módulo urbano foi realizado no CS de São João (CSSJ).

CARACTERIZAÇÃO DOS CENTROS DE SAÚDE

CENTRO DE SAÚDE DE FELGUEIRAS (CSF)

Realizei o meu estágio na sede do CSF, que serve 20001 utentes, dos quais 12598 têm MF. Este CS tem 8 MF e o horário de funcionamento do CS é das 8h00 às 20h00, de 2ª a 6ª feira. Tem os seguintes tipos de consulta: consulta de adultos, vigilância a grupos de risco, saúde materna, saúde infantil, planeamento familiar, consulta de recurso e consulta de nutrição (semanalmente).

CENTRO DE SAÚDE DE SÃO JOÃO (CSSJ)

O CSSJ tem cerca de 19855 utentes, que são residentes do concelho do Porto. Este CS tem 10 médicos especialistas em MGF, sendo a cada médico atribuídos perto de 2000 utentes. Realiza também a prestação de cuidados médicos a estudantes e funcionários da Universidade do Porto.

O atendimento é realizado de 2ª a 6ª feira, das 8h às 20h. O CSSJ apresenta os seguintes tipos de consulta: adultos; vigilância a grupos de risco – hipertensos e diabéticos – e a grupos vulneráveis – saúde materna, saúde infantil, planeamento familiar e vigilância oncológica; aberta – consulta não programada, e de psicologia. ⁷

Também são realizadas consultas ao domicílio quando necessário.

O CSSJ participa no ensino pré-graduado através do apoio às disciplinas de Medicina Preventiva e MC, e pós-graduado, quer na formação de Internos de MGF e de Pediatria, quer em Psicologia. ⁷

Tabela 1: Comparação de algumas características dos CS.

	Centro de Saúde	Felgueiras - Sede	São João
Recursos Humanos	Nº Médicos	8	10
	Nº Enfermeiros	16	16 (3 em tempo integral)
	Nº Psicólogos	0	2
	Nº Nutricionistas	1	0
	Nº Administrativos	12	6
	Nº Auxiliares	12	2
	Outros	2 Assistentes sociais 2 Técnicos saúde ambiental	1 Podologista
Nº Utentes		20001	19855
Recursos Informáticos	Higia, SAM, SINUS, Alert P1, DiabCare	Todos	Todos
Interacção com outros Serviços de Saúde		Hospital Padre Américo - Vale do Sousa Hospital de N ^a Sr. ^a da Oliveira – Guimarães	Centro Hospitalar do Porto: Hospital de Santo António, Maternidade Júlio Dinis e Hospital Central Especializado de Crianças Maria Pia Hospital Magalhães Lemos Hospital da Prelada Instituto Português de Oncologia do Porto Hospital Joaquim Urbano
Tipos de Consulta	Consulta de adultos Vigilância a grupos de risco Saúde Materna Saúde Infantil Planeamento Familiar Vigilância Oncológica Consulta Aberta	Todas e também consulta de Nutrição, semanalmente	Todas e também Consulta de Psicologia

Tabela 2: Sistemas Informáticos existentes em ambos os CS.

HIGIA e SAM	Registo da história clínica do utente segundo o método SOAP, marcação de consultas, prescrição de receitas, pedido de meios complementares de diagnóstico e atribuição de baixas e atestados.
DiabCare	Permite a monitorização dos utentes diabéticos, segundo as normas estabelecidas na Declaração de St. Vincent.
SINUS	Usado para fins administrativos.
Alert P1	Permite a referenciação de doentes para os cuidados de saúde secundários (CSS).

DESCRIÇÃO DAS ACTIVIDADES

No apêndice I, apresento um cronograma das actividades que realizei no decurso da residência em MC.

SEMINÁRIOS

No Departamento de Clínica Geral da FMUP, decorreram dois seminários, no início de cada módulo do estágio. Estas sessões foram-me muito úteis, uma vez que abordaram temas fulcrais para uma boa actuação clínica nos CS, tais como, organização dos CS, procedimento da consulta e respectivos registos, planeamento familiar, rastreios oncológicos, cuidados a doentes terminais e discussão de casos clínicos.

ACTIVIDADES NOS CENTROS DE SAÚDE

VALÊNCIA RURAL

O tutor que me foi atribuído, o Dr. Francisco Eiriz, revelou-se uma ajuda preciosa para a minha integração no CS e para a progressão da minha desenvoltura na realização de inúmeras tarefas. Tive a oportunidade de assistir e realizar várias consultas, em áreas tão diversas como a Saúde Materna e Infantil, Saúde do Adulto e Saúde do Idoso. Também colhi histórias clínicas, registando-as nos diversos programas informáticos.

Ao longo de todo o módulo rural, acompanhei de perto o trabalho da equipa de enfermagem. Para além de observar e realizar as tarefas pedidas no nosso caderno de gestos, entre as quais, a administração de fármacos e vacinas, pesquisa de glicemias, medição de tensão arterial (TA), tive a felicidade de participar em muitas outras actividades a que esta dinâmica equipa de profissionais se dedica. Assisti a aulas de preparação para o parto; realizei em conjunto com enfermeiras, a sessão de desabituacão tabágica; fiz uma visita domiciliária (experiência que foi muito enriquecedora e que partilho em apêndice); visitei a Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Felgueiras.

Também durante a minha estadia no CSF participei num programa educacional para pessoas com DM. Considero estes cursos de extrema importância na aquisição de conhecimentos básicos sobre a doença e como evitar as complicações desta. De maior utilidade ainda por se tratar de uma doença crónica e frequente, como é a DM. Apresentei as duas primeiras sessões deste programa educacional, onde falei sobre mecanismos fisiopatológicos, complicações e tratamento da DM, etc.

VALÊNCIA URBANA

No módulo urbano, a minha tutora foi a Dra. Graça Veiga, que foi essencial para a consolidação dos meus conhecimentos sobre CSP; funcionamento dos CS; importância do trabalho em equipa e das habilidades comunicacionais para um bom desempenho clínico. Tive também a oportunidade de observar e realizar consultas das mais variadas áreas, com algum grau de independência e responsabilidade. Realizei também neste módulo uma visita domiciliária a uma doente acamada.

A aprendizagem de procedimentos de enfermagem também se incluiu nas actividades deste módulo.

VISITA AO CENTRO DE ACONSELHAMENTO E DIAGNÓSTICO PRECOCE DO VIH/SIDA (CAD)

No dia 21/10/09, durante a valência urbana, foi agendada uma visita ao CAD. Este Centro localiza-se no Porto e é um serviço disponibilizado pelo Ministério da Saúde que se destina ao rastreio gratuito, confidencial e anónimo do VIH/SIDA. Também se pode obter informação e apoio psicológico sobre a doença, bem como a aquisição de métodos de contraceção, nomeadamente preservativos.

TRABALHOS ELABORADOS

Os trabalhos realizados no decurso do estágio em MC podem ser consultados nos apêndices.

Tabela 3: Trabalhos efectuados durante o estágio.

Apêndice	Tema do Trabalho	Valência
Apêndice II	Registo de um dia de consultas	Rural
Apêndice III	Fluxograma sobre Planeamento Familiar	Rural
Apêndice IV	História Clínica	Rural
Apêndice V	Visita Domiciliária	Rural (trabalho opcional)
Apêndice VI	Apresentação de sessão do programa educativo para diabéticos “Caminhar para o Equilíbrio”	Rural (trabalho opcional)
Apêndice VI	Registo de um dia de consultas	Urbana
Apêndice VII	Reflexão sobre Aconselhamento Genético em Neoplasias Hereditárias	Urbana
Apêndice VIII	Panfleto sobre Métodos Contraceptivos de Longa Duração	Urbana

TAREFAS DESENVOLVIDAS

Análise do Plano de Actividades para a Diabetes *Mellitus*

A DM é uma doença crónica com franco prejuízo para a qualidade de vida e com elevada morbidade e mortalidade. Assume proporções preocupantes quer em número de pessoas afectadas, quer em frequência de complicações graves que pode ocasionar, se não for

controlada adequada e atempadamente. Atendendo à necessidade de inverter a tendência de crescimento da DM e das suas complicações em Portugal, foram revistas pela Direcção Geral de Saúde as estratégias nacionais em vigor, dando origem a uma nova versão do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes.⁸

Como actividade complementar, analisei os Programas de Saúde da DM de ambos os CS (rural e urbano), fazendo uma comparação de alguns itens e evidenciando semelhanças e diferenças entre eles.

Ambos os planos têm **objectivos gerais, objectivos específicos** assim como **actividades** que pretendem realizar para a concretização dos objectivos a que se propuseram, que podem ser consultados nos Anexos II, III e IV.

A **avaliação anual** da qualidade dos cuidados de saúde prestados ao diabético é realizada através de um conjunto de indicadores.

Os indicadores de execução que são **comparáveis** nos dois programas são:

$$1. \text{ Taxa de prevalência de pessoas com DM} = \frac{\text{N}^\circ \text{ utentes diabéticos}}{\text{N}^\circ \text{ utentes inscritos no CS}} \times 100$$

$$2. \text{ \% de diabéticos com cegueira} = \frac{\text{N}^\circ \text{ diabéticos com cegueira}}{\text{N}^\circ \text{ diabéticos inscritos no CS}} \times 100$$

$$3. \text{ \% de diabéticos com amputação dos Membros Inferiores (MI)} = \frac{\text{N}^\circ \text{ diabéticos com amputação dos MI}}{\text{N}^\circ \text{ diabéticos identificados no CS}} \times 100$$

Na tabela abaixo, apresento a comparação dos resultados atingidos nos dois CS, relativamente aos indicadores comuns a ambos, citados acima. No CSSJ, exponho os desfechos alcançados em 2008 e 2009.

Tabela 4: Resultados obtidos nos anos 2007 e 2008 relativamente aos indicadores de execução comparáveis dos Planos de Actividades da DM nos CSSJ e CSF.

	CS de São João			CS de Felgueiras
	Meta estabelecida para 2009	2007	2008	2008
Indicador 1		4%	4%	3.8%
Indicador 2	<5%	1%	0,13%	1,7%
Indicador 3	<5%	0,11%	0,26%	0%

Relativamente à prevalência da DM (indicador 1), conclui-se que a percentagem de diabéticos não se alterou de 2007 para 2008 no CSSJ, mantendo-se nos 4%. No CSF, a prevalência de DM é de 3,8%, ou seja, semelhante ao CS urbano.

Quanto à % de diabéticos que desenvolveram cegueira, assistiu-se a uma diminuição no CSSJ no ano 2008. Quanto ao CSF, a % deste 2º indicador é mais elevada do que no CSSJ.

O nº de diabéticos que necessitou de amputação dos MI aumentou ligeiramente no CSSJ em 2008. Quanto ao CSF, não existem diabéticos inscritos que tenham sido amputados.

Em todos os indicadores e em ambos os CS, as metas foram cumpridas.

Em seguida, enuncio alguns dos outros indicadores de execução, presentes nos programas, e que não são comparáveis.

Programa do CSF

Tabela 5: Resultados obtidos no ano de 2008 relativamente aos indicadores de execução do Plano de Actividades da DM no CSF.

Indicadores de Execução do CSF	Resultados atingidos em 2008
1.% Diabéticos Hipertensos Controlados =nº diabéticos hipertensos com TA≤140/80 na última avaliação/ nº diabéticos identificados no CSF X100	88%
2.% Diabéticos com úlcera do pé que receberam educação terapêutica = nº de diabéticos com úlcera do pé e educação terapêutica dirigida/ nº total de diabéticos com úlcera X100	100%
3.% Diabéticos seguidos em consulta de Enfermagem = total de diabéticos em consulta de enfermagem/ total de diabéticos identificados no CSF X100	51%
4.% Diabéticos Acamados =total de diabéticos acamados/total de diabéticos em consulta de enfermagem X100%	4.3%
5.% Diabéticos vacinados com a vacina da Gripe Sazonal = total de diabéticos vacinados/ total de diabéticos identificados no CSF X100	44%

Os resultados que foram atingidos no CSF são bastante positivos. A % de diabéticos hipertensos controlados é de 88%, o que é realmente um bom indicador. O facto de todos os diabéticos com úlcera do pé terem educação terapêutica, no sentido de melhor tratarem os seus ferimentos, traduz uma equipa de saúde, nomeadamente enfermeiros, muito eficiente. Penso que o número de diabéticos seguidos em consulta de enfermagem fica ainda aquém das expectativas, pois apenas metade do total de diabéticos inscritos foi visto por enfermeiros.

Programa do CSSJ

Tabela 6: Resultados obtidos nos anos 2007 e 2008 relativamente a alguns dos indicadores de execução do Plano de Actividades da DM do CSSJ.

Indicadores de Execução do CSSJ	Meta estabelecida para 2009	Resultados atingidos em 2007	Resultados atingidos em 2008
1.% Diabéticos com Avaliação da Hipertensão Arterial (HTA)= n° diabéticos com pelo menos 1 valor de TA registado nos últimos 3 meses/ n° diabéticos identificados no CSSJ X 100	>75%	4%	39%
2.Controlo glicémico= n° diabéticos com HbA1c \leq 7.5% / n° diabéticos identificados no CSSJ X 100	>50%	6%	59%
3.Rastreio de Nefropatia = n° diabéticos com microalbuminúria anual/ n° diabéticos identificados no CSSJ X 100	>50%	9%	37%
4.% Diabéticos observados em Oftalmologia= n° diabéticos observados em oftalmologia nos últimos 12 meses/ n° diabéticos identificados no CSSJ X 100	>75%	76%	55%
5.% Diabéticos com Acidente Vascular Cerebral (AVC) = n° diabéticos com AVC/ n° diabéticos identificados no CSSJ X 100	<10%	5%	0,66%
6.% Diabéticos com Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) = n° diabéticos com EAM/ n° diabéticos identificados no CSSJ X 100	<10%	3%	0.66%
7. % Diabéticos com Insuficiência Renal Terminal = n° diabéticos em diálise ou transplantados/ n° diabéticos identificados no CSSJ X 100	<5%	1%	0.13%

O plano de actividades do CSSJ apresenta maior diversidade de marcadores de avaliação, assim como os resultados de 2 anos consecutivos e as metas pretendidas para o ano de 2009. O que sobressai quando se analisam os dados é a melhoria substancial das percentagens em todos os indicadores, alguns deles com uma evolução bastante marcada.

Esta disparidade de valores pode ser explicada pelo programa informático de onde foram recolhidos os dados. Assim, até 2007, os dados foram retirados do HIGIA. Em 2008, implementou-se a ficha Diabcare no sistema informático do CSSJ, e como tal os dados para o Programa de Saúde da DM foram retirados deste programa.

A ficha Diabcare é provavelmente a responsável por estas mudanças nos indicadores, uma vez que sensibilizou os MF a um registo mais rigoroso dos cuidados prestados ao diabético.

Posso concluir que os Planos de Actividades têm diferenças significativas. O CS rural tem um programa de saúde menos elaborado, o que fica patente se olharmos para os objectivos gerais e específicos, actividades e metas a atingir. O plano do CSSJ é feito especialmente para os MF, no sentido de melhor acompanharem os seus diabéticos, nomeadamente no preenchimento da ficha Diabcare, na referenciação para consultas de oftalmologia, etc. No CSF, penso que o plano é mais direccionado para os enfermeiros, que assumem um papel primordial nos cuidados prestados ao diabético. Os indicadores de execução deste programa são referidos como Indicadores de Gestão em Enfermagem e Indicadores de Enfermagem. Apesar de menos elaborado, o plano do CSF indica um esforço crescente dos profissionais de saúde desse centro no sentido de melhorar cada vez mais a qualidade do apoio ao diabético.

CONCLUSÃO

O estágio em MC foi muito gratificante e enriquecedor e em nada desiluiu as minhas expectativas, o que em grande parte se deve aos bons exemplos de instituições de CSP em que estive bem como aos excelentes profissionais de saúde com que contactei. Penso que atingi os objectivos a que me propus, adquirindo conhecimentos médicos e aptidões fundamentais à minha prática clínica futura. Realizei inúmeras actividades, que me fizeram aprofundar os meus saberes em vastas áreas dos CSP.

O que sobressai nesta especialidade é a natureza duradoura da relação médico-doente. O MF interessa-se pelos seus doentes de um modo que transcende a doença de que eles possam sofrer ¹. Para além disso, foi interessante constatar que muitas das doenças observadas na MGF só podem ser totalmente compreendidas se forem vistas no seu contexto pessoal, familiar e social. ⁹ Por todas as experiências que vivenciei, concluo que esta residência contribuiu não só para o meu desenvolvimento profissional mas também pessoal.

Um aspecto que pude comprovar nesta passagem pela MGF foi o considerável desinteresse da população geral no que se refere à promoção da saúde e prevenção da doença. Tem o MF aqui um papel fundamental como educador, devendo aproveitar todas as oportunidades em que contacta com os seus pacientes, para fazer uso das suas competências preventivas.

BIBLIOGRAFIA

- 1- McWhinney IR. Manual de Medicina Familiar. Lisboa: Inforsalus; 1994. p. 11-22.
- 2- Biscaia AR, Martins JN, Carreira ML, Gonçalves IF, Antunes AR, Ferrinho P. Cuidados de Saúde Primários em Portugal: Reformar para novos sucessos. Padrões Culturais Editora; 2006. p. 19-26, 31, 34, 59-60.
- 3- Nunes JM. Comunicação em contexto clínico. Lisboa: Bayer Health Care; 2007. p. 33-39.
- 4- Declaração de Alma-Ata
(<http://www.saudepublica.web.pt/DecAlma-Ata.htm>)
- 5- Gorrol A, May LA, Mulley AG. Cuidados Primários em Medicina: uma abordagem do paciente adulto em ambulatório. 3ª Edição. McGraw-Hill; 1997. p. 1-4, 13-14.
- 6- WONCA/OMS. A Definição Europeia de Medicina Geral e Familiar. Barcelona, Espanha: WONCA Europa; 2002.
- 7- Hespanhol A, Malheiro A, Pinto AS. O Projecto “Tubo de Ensaio”. Breve história do Centro de Saúde São João. Rev Port Clin Geral 2002; 18: 177-86.
- 8- Ministério da Saúde. Circular Normativa nº 23/DSCS/DPCD de 14/11/2007: Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes. Lisboa: Direcção Geral de Saúde 2007.
- 9- Pendeton P, Schofield T, Tate P, Havelock P. A Consulta: uma abordagem à aprendizagem e ensino. Porto: Departamento de Clínica Geral FMUP; 1993. p. 14-18.

APÊNDICE I- CRONOGRAMA DO ESTÁGIO EM MC

CENTRO DE SAÚDE DE FELGUEIRAS

Data		28/09/09	29/09/09	30/09/09	01/10/09	02/10/09
Actividades	Manhã	Seminário	Consulta	Visita domiciliária	Consulta	Visita à Unidade de Cuidados continuados
	Tarde		Enfermagem	Consulta de Recurso	Enfermagem	Consulta de Recurso

Data		05/10/09	06/10/09	07/10/09	08/10/09	09/10/09
Actividades	Manhã	Feriado	Consulta	Aula de preparação para o parto. Consulta de Planeamento Familiar	Consulta	Consulta de Cessação tabágica. Enfermagem.
	Tarde		Enfermagem	Consulta de Recurso	Apresentação de sessão da formação terapêutica para diabéticos	Consulta de Recurso

CENTRO DE SAÚDE DE SÃO JOÃO

Data		12/10/09	13/10/09	14/10/09	15/10/09	16/10/09
Actividades	Manhã	Seminário	Consulta	Enfermagem	Consulta	Consulta
	Tarde		Consulta		Consulta	

Data		19/10/09	20/10/09	21/10/09	22/10/09	23/10/09
Actividades	Manhã	Consulta na Universidade Portucalense	Consulta	Visita ao CAD	Consulta	Consulta
	Tarde		Consulta	Enfermagem	Consulta	

APÊNDICE II- REGISTO DE UM DIA DE CONSULTAS: VALÊNCIA RURAL**Dia 30/09/09**

1- A.M.S.S., 60 anos, sexo feminino.

Motivo de consulta: a doente sofre de um síndrome ansioso-depressivo há vários anos. Recorreu ao médico para que lhe passasse receitas triplas da sua medicação habitual, que é: cloridrato de dosulepina, losartan, amilsupride e alprazolam. Apesar de cumprir toda a medicação prescrita, a doente refere ainda se sentir bastante deprimida. Aguarda consulta no psiquiatra para avaliar a necessidade de internamento.

2- E.A., 50 anos, sexo masculino.

O doente foi ao centro de saúde pedir um certificado de incapacidade temporária para o trabalho. Refere sintomas depressivos que o impossibilitam de trabalhar. O médico de família pediu análises gerais e receitou

Trifosfoneurina em solução injectável. Foi encaminhado para consulta de psiquiatria.

3- A.M.M.S.V., 49 anos, sexo feminino.

A doente tem queixas de artalgias nos membros superiores há já vários meses. Realizou sessão de fisioterapia que entretanto terminou. Reviu-se a medicação da paciente: naproxeno, bialzepam, flouxetina e lorazepam. Perante continuação das queixas, foi pedida nova sessão de fisioterapia. Foi também receitada a vacina contra a gripe.

4- A.C.T., 56 anos, sexo masculino.

Veio ao seu médico de família em virtude da realização de um ecocardiograma, cujo resultado foi regurgitação da válvula aórtica. Perante este diagnóstico e estando impossibilitado de realizar grandes esforços, foi-lhe dado o certificado de incapacidade temporária para o trabalho. A medicação do paciente é: carvedilol, ácido acetilsalicílico e perindopril arginina/indapamida. O doente está a ser seguido na consulta de cardiologia e aguarda tratamento cirúrgico.

5- M.C.S.Q., 63 anos, sexo feminino.

A doente, diabética há 20 anos, realizou análises gerais e foi mostrar o resultado ao seu médico de família. O valor da glicose em jejum está elevada (122mg/dl) no entanto a HbA1c encontra-se na faixa da normalidade (6%), o que nos leva a crer que a doente está bem controlada. O colesterol está elevado e detectou-se também uma infecção urinária, que segundo a doente, era assintomática. A medicação habitual é: metformina e sinvastatina. Receitou-se amoxicilina+ácido clavulânico para a infecção urinária e recomendou-se cuidados alimentares e a prática de exercício físico (aspectos fundamentais para um bom controlo metabólico).

6- A.T.S., 78 anos, sexo masculino.

O paciente foi ao centro de saúde para que o seu médico estivesse a par dos últimos tratamentos que tinha realizado. As análises gerais estavam bastante bem excepto o colesterol que estava um pouco elevado. Sugerimos que começasse a fazer caminhadas e a ter cuidados alimentares. O doente tinha realizado uma colonoscopia de rotina no mês passado que detectou um pólipó adenoviloso com displasia. Fez-se a polipectomia e recomendou-se a vigilância regular com colonoscopia para despiste de aparecimento de novos pólipos.

7- M.A.T., 75 anos, sexo feminino.

Recorre ao médico de família com queixas dolorosas no joelho esquerdo. Ao exame físico suspeitou-se de gonartrose e foi pedido RX do joelho esquerdo.

A tensão arterial estava bem (110/60). Foi-lhe prescrita também a vacina contra a gripe.

8- J.F.S., 56 anos, sexo masculino.

O doente tem uma tendinopatia dos membros superiores diagnosticada há alguns meses. O médico de família recomendou-lhe a prática de natação que começou desde logo a fazer. Desde então refere bastantes melhorias apesar, de ao exame físico, ainda se queixar de dores nos ombros e pescoço. Decidiu-se repetir a ecografia dos membros superiores para avaliar a melhoria.

9- A.A.L., 49 anos, sexo masculino.

O paciente realizou análises gerais e foi mostrá-las ao seu médico. Perante valores alterados da glicose em jejum (131mg/dl) e da hemoglobina glicada (7.1%) fez-se o diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. Foi-lhe feita uma breve explicação do mecanismo da doença e dos cuidados a ter para um bom controlo metabólico. A mãe do paciente tinha também diabetes tipo 2. Foi-lhe prescrito metformina e um fibrato (tinha os triglicéridos elevados) assim como a prática regular de exercício físico e uma alimentação equilibrada, tendo especial atenção ao controlo do açúcar ingerido.

10- R.A.S., 2 anos, sexo masculino.

A mãe trouxe a criança ao centro de saúde devido a queixas de febre (38 °C), que teve início na noite anterior, e recusa alimentar. Nega vómitos, diarreia, tosse, expectoração ou qualquer outro sintoma. De referir uma bronquiolite em 2008, como o único antecedente patológico relevante desta criança. Ao exame físico era visível uma faringe edemaciada, ruborizada e com pequenas pápulas. A auscultação pulmonar estava normal e o doente estava taquicárdico.

Diagnóstico de faringite, provavelmente de origem vírica. Foi-lhe prescrito paracetamol e ibuprofeno. Caso a febre não baixe, o médico recomendou à mãe que trouxesse a criança novamente ao centro de saúde para prescrição de antibiótico.

11- F.A.S., 15 anos, sexo masculino.

O doente recorre ao centro de saúde por febre, mialgias e dores ao nível da faringe. Este adolescente tem antecedentes de faringites de repetição, que necessitam de antibioterapia para completa cura. Ao exame físico, a faringe exibia sinais de inflamação; sem qualquer outra alteração. Diagnóstico de faringite bacteriana, medicada com amoxicilina + ácido clavulânico.

12- M.A.L., 64 anos, sexo feminino.

Veio ao médico há cerca de um mês atrás por dores articulares na mão esquerda, pelo que foi pedido um RX da mão e punho. Ao analisar o RX,

verificou-se a existência de risartrose e osteopenia dos ossos do braço. Foi-lhe receitado alendronato 1 vez por mês, durante 2 meses e vitamina D.

13- M.R.B.R., 52 anos, sexo feminino.

Dirigiu-se ao centro de saúde para pedido de certificado de incapacidade temporária para o trabalho. Foi diagnosticado à paciente um tumor maligno da parótida, pelo que se encontra em tratamento.

14- F.M.C.F., 60 anos, sexo feminino.

A doente tem queixas dolorosas na parte frontal do crânio assim como ao nível dos seios perinasais. Após o exame físico, fez-se o diagnóstico de rinosinusite e foi convenientemente medicada.

15- A.S.T., 62 anos, sexo feminino.

Recorre à consulta por tumefacção na articulação esternoclavicular direita. A doente afirma que este inchaço não lhe provoca dor, apenas a incomoda no sentido estético. Após realização do exame físico, chegou-se à conclusão que a tumefacção era óssea e foi pedido RX da grade costal. Foram também pedidas análises gerais, mamografia e citologia cervicovaginal de rotina.

16- R.C., 89 anos, sexo feminino.

A doente refere perda de visão no olho direito. À inspecção fez-se o diagnóstico de catarata e foi encaminhada para a consulta de oftalmologia. Medicação habitual: sinvastatina e amlodipina. As análises gerais tinham todos os valores dentro da normalidade assim como a tensão arterial. Todo o restante exame físico não tinha alterações de relevo. A paciente queixou-se também de dificuldades ao adormecer. Foi-lhe receitada melatonina (para normalizar o ritmo circadiano).

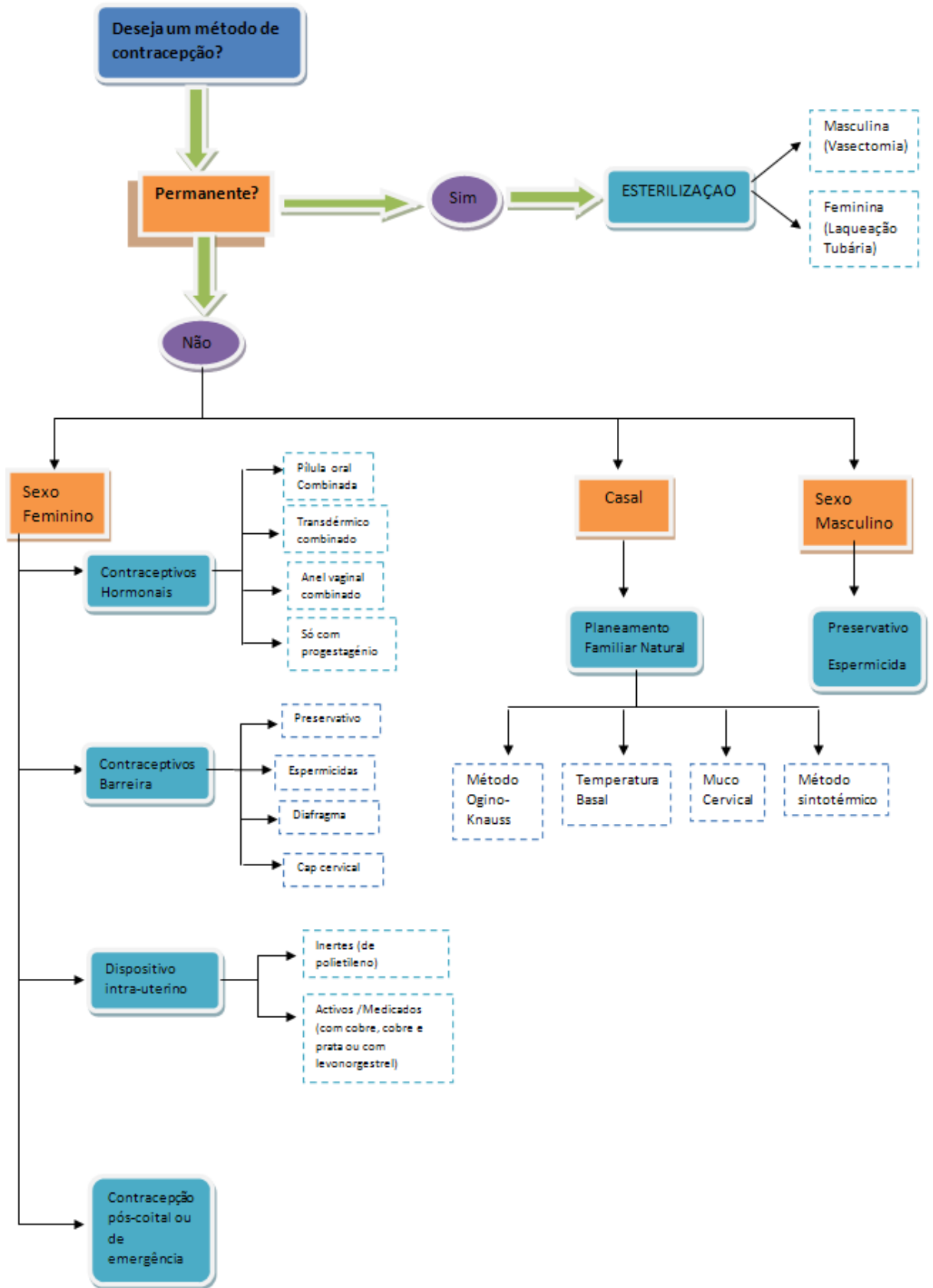
17- M.A.F., 70 anos, sexo feminino.

Queixas de tosse intensa com expectoração esverdeada. Nega febre, odinofagia, mialgias ou qualquer outra sintomatologia. A auscultação pulmonar estava normal, TA: 129/80, inspecção da faringe sem alterações. Diagnóstico de síndrome gripal e medicada com paracetamol e ibuprofeno.

APÊNDICE III- FLUXOGRAMA DE PLANEAMENTO FAMILIAR: VALÊNCIA RURAL

Bibliografia utilizada:

- “Manual de Medicina Familiar” - Ian McWhinney - Tradução portuguesa, Ed. Inforsalus, Lisboa, 1994.
- Goroll, A.H., May, L.A., Mulley, A.G. Cuidados Primários em Medicina. (trad. A. Brito de Sá). Mc Graw Hill, 1999.
- David, A.K., Taylor, R.B., Fields, S.A., Phillips, D.M., Scherger, J.E. Family Medicine: Principle and Practice. 6th ed. Springer, 2003.
- Rakel, Robert E. Textbook of family medicine
- Taylor, Robert B. Family Medicine: principles and practice. 6th ed. New York: Springer, 2003.



APENDICE IV- HISTÓRIA CLÍNICA: VALÊNCIA RURAL

Local de colheita da História clínica: centro de saúde da Serrinha

Data de recolha da informação: 09 de Outubro de 2009

Fonte de informação: o próprio doente, coerente e confiável.

1. Identificação

Nome: F.P.C.

Sexo: masculino

Idade: 79 anos

Raça: caucasiana

Estado Civil: casado

Naturalidade: Freixo de Cima, Lixa

Residência: Freixo de Cima, Lixa

Profissão: Reformado (profissões anteriores: pedreiro e trabalhador da construção civil)

2- Queixa Principal

Diabetes mellitus tipo 2 há 34 anos.

3- História da Doença Actual

O doente, na altura com 45 anos, começou a notar os sintomas típicos da DM: tinha sede excessiva, necessidade exagerada de urinar, irritabilidade e uma fome insaciável apesar de estar a perder peso. Encontrava-se emigrado em França onde recorreu ao hospital. Aí fizeram-lhe análises ao sangue e perante a sintomatologia, fez-se o diagnóstico de Diabetes tipo 2. O médico explicou-lhe os conceitos básicos

da sua doença, as complicações inerentes e o tratamento proposto (dieta, exercício físico e metformina). Desde então, o doente refere ter sempre cumprido a terapêutica e como tal os seus parâmetros de controlo metabólico têm estado dentro da normalidade. Aquando do diagnóstico, o paciente em 15 dias perdeu 15 kg e baixou os seus níveis de glicemia.

4-História Médica Prévia

➤ **Doenças prévias**

- Refere ter tido sarampo e varicela em criança.
- Teve bronquite asmática na infância, que lhe provocava dificuldades respiratórias
- Tem antecedentes de sinusite
- Usa óculos desde os 40 anos devido a miopia.
- Diabético desde os 45 anos
- Patologia cardiovascular (aterosclerose) desde os 69 anos para a qual está medicado.
- Hipertensão arterial (HTA) diagnosticada em 2006 em consulta de rotina e medicada com anti-hipertensivo. Refere cumprir a medicação.
- Tem Hipertrofia Benigna da próstata, para a qual toma medicação.
- Tem o colesterol um pouco elevado mas não toma medicação.

➤ **Cirurgias/ hospitalizações**

- Cirurgia para reconstrução do polegar esquerdo em virtude de acidente doméstico em 1996
- Cirurgia cardíaca com colocação de stent, por estenose de 3 vasos do miocárdio há 10 anos atrás. Descobriu a estenose através de testes de rotina (teste de esforço e ECG).

➤ **Acidentes/ traumatismos**

- Refere nunca ter tido acidentes de viação ou de trabalho
- Sofreu um acidente doméstico em 1996, cortando a falange distal do seu polegar esquerdo com uma serra. O doente estava a fazer um armário para a sua sala quando a serra que estava a utilizar escorregou e lhe amputou parte do seu dedo.

5-Cuidados de saúde Habituais

➤ **Hábitos e factores de risco**

- *Alimentação*: 4 refeições por dia (pequeno-almoço, almoço, lanche e jantar), com dieta rica e variada. Desde que tem Diabetes, o doente refere ter muito cuidado com a sua alimentação, tentando equilibrar a quantidade de peixe e carne que ingere. Só come pão integral e não come fritos, preferindo os cozidos e grelhados.
- Fumou 1 maço de tabaco dos 12 aos 37 anos. Neste momento, nega hábitos *tabágicos* ou consumo de *drogas*.
- Bebe um a dois copos de vinho às refeições; nega consumo de bebidas brancas. Bebe água fora das refeições.
- Admite que não pratica muito exercício físico; refere que costuma caminhar no seu terreno.
- Nega história prévia de *transfusões de sangue*.
- Nega qualquer tipo de *alergia*.
- Vacinas do *PNV* actualizadas; tomou na semana passada a vacina da gripe sazonal.

➤ **Medicação habitual**

- Risidon (metformina) 100mg
- Victan (loflazepato de etilo) 2 mg
- Diamicron (gliclazida) 30mg
- Meloxicam tetrafarma 15mg
- Vastarel (trimetazidina) 35mg

- Vasocular
- Tecnosal (triflusal)
- Pioglitazona
- Avodart (dutasterida)

6- Biopatografia

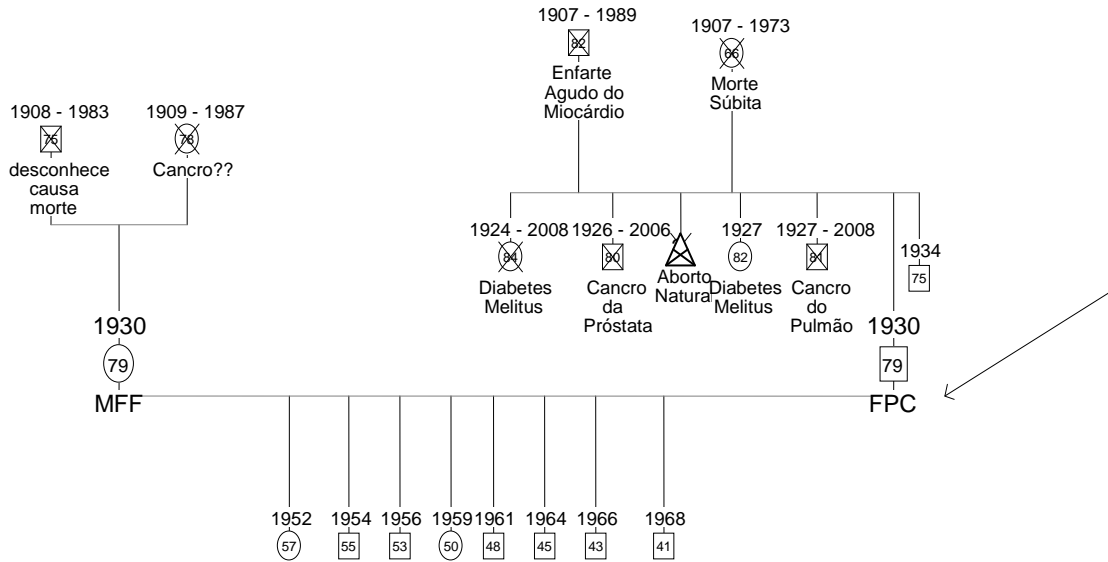
- ✚ O paciente nasceu há 79 anos em Louredo, concelho de Amarante. É o 5º filho de um casal feliz. Nasceu de parto eutócico, sem qualquer complicação.
- ✚ Os pais tiveram seis filhos. Considera que foi uma criança feliz e saudável e que viveu num ambiente familiar favorável, com boa relação com os seus pais e irmãos, apesar das dificuldades financeiras com que sempre se depararam.
- ✚ Entrou para a escola primária com 6 anos mas refere nunca ter gostado de estudar. Nunca teve aproveitamento escolar e, ao fim de um ano apenas, deixou a escola. O doente não sabe ler nem escrever.
- ✚ Começou logo em seguida a trabalhar, apenas com 7 anos de idade, como pedreiro. Diz que não teve escolha uma vez que a mãe vendia sardinha de porta em porta e o pai era lavrador, não conseguindo manter uma família tão numerosa.
- ✚ Em 1952, com 22 anos, casou-se com a actual mulher, que tem a mesma idade que ele e que residia na mesma zona. Confessa que este foi um dos momentos mais felizes da sua vida pois, segundo o doente, a esposa “não foi fácil de conquistar”.
- ✚ Nove meses após o casamento nasceu o primeiro filho do casal. Em seguida tiveram mais seis filhos, com diferença de idade de dois a três anos, de uns para os outros. Todos nasceram por parto eutócico, sem complicações e eram bebés de termo.
- ✚ Aos 35 anos, decide emigrar para França com a sua mulher e filhos, em busca de uma vida melhor. Refere ter sido uma decisão difícil de tomar naquela altura, mas que de nada se arrepende, muito pelo contrário.

Confessa que ganhou muito dinheiro e que tem o nível de vida socioeconómico que sempre sonhou.

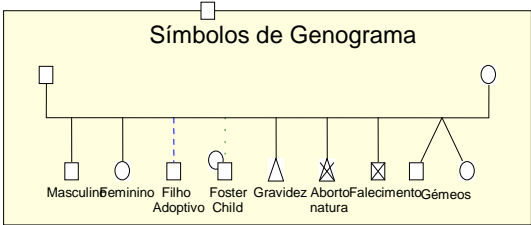
- ✚ Em França foi trabalhador da construção civil e a sua mulher nunca trabalhou, ficando em casa a cuidar dos filhos.
- ✚ Aos 45 anos, foi-lhe detectado DM tipo 2.
- ✚ Com 57 anos, o doente decidiu regressar a Portugal, juntamente com a sua esposa. Os seus sete filhos decidiram ficar em França uma vez que todos estão casados, têm os seus empregos e vidas estabilizadas nesse país. Estão bem financeiramente e não tencionam voltar para Portugal.
- ✚ A sua esposa, com 58 anos sofreu um enfarte agudo do miocárdio. Foi hospitalizada e recuperou sem sequelas. É vigiada pelo cardiologista desde então.
- ✚ Em 1999, o doente fez cirurgia cardíaca com colocação de stent devido a aterosclerose de 3 vasos miocárdicos.
- ✚ Neste momento, o doente tem já 17 netos e 13 bisnetos. Refere sentir alguma angústia e tristeza por não estar junto deles, mas diz que “em Portugal é que se sente em casa”. Vai todos os anos a França, na altura do Natal, ficando lá no mínimo 15 dias.

7- Abordagem Familiar

GENOGRAMA



LEGENDA



PSICOFIGURA DE MITCHEL

O agregado familiar do doente é constituído, actualmente, apenas por si e pela sua esposa, cuja relação que mantêm é, segundo o doente, excelente.

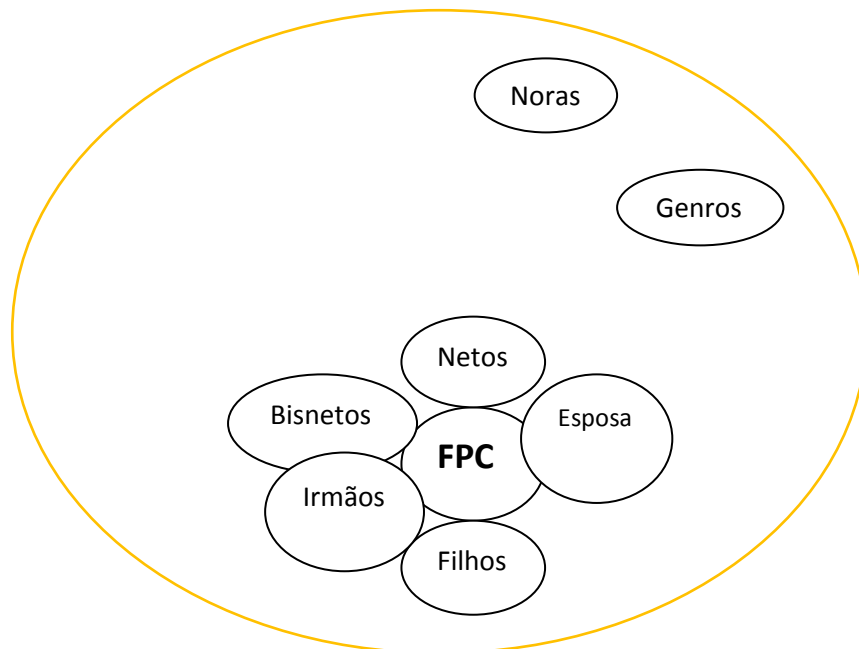
Legenda: Relação excelente



Rótulo da Relação Emocional	
Indiferente / Indistinto	Harmonioso
Hostil	Violência
Abusivo	Manipulativo
Distant	Amizade / Sólida
Distant	Hostil
Distant	Violência
Violência Física	Controlador
Separado / Distante	Amoroso
Amoroso	Hostil
Close	Violência
Violência Física	Alienados
Discórdia / Conflito	Anjo
Fused	Hostil
Fused	Violência
Violência Sexual	Fan / Adorador
Ódio	Apaixonado
Suspeito	Fused
Negligência	Limpeza

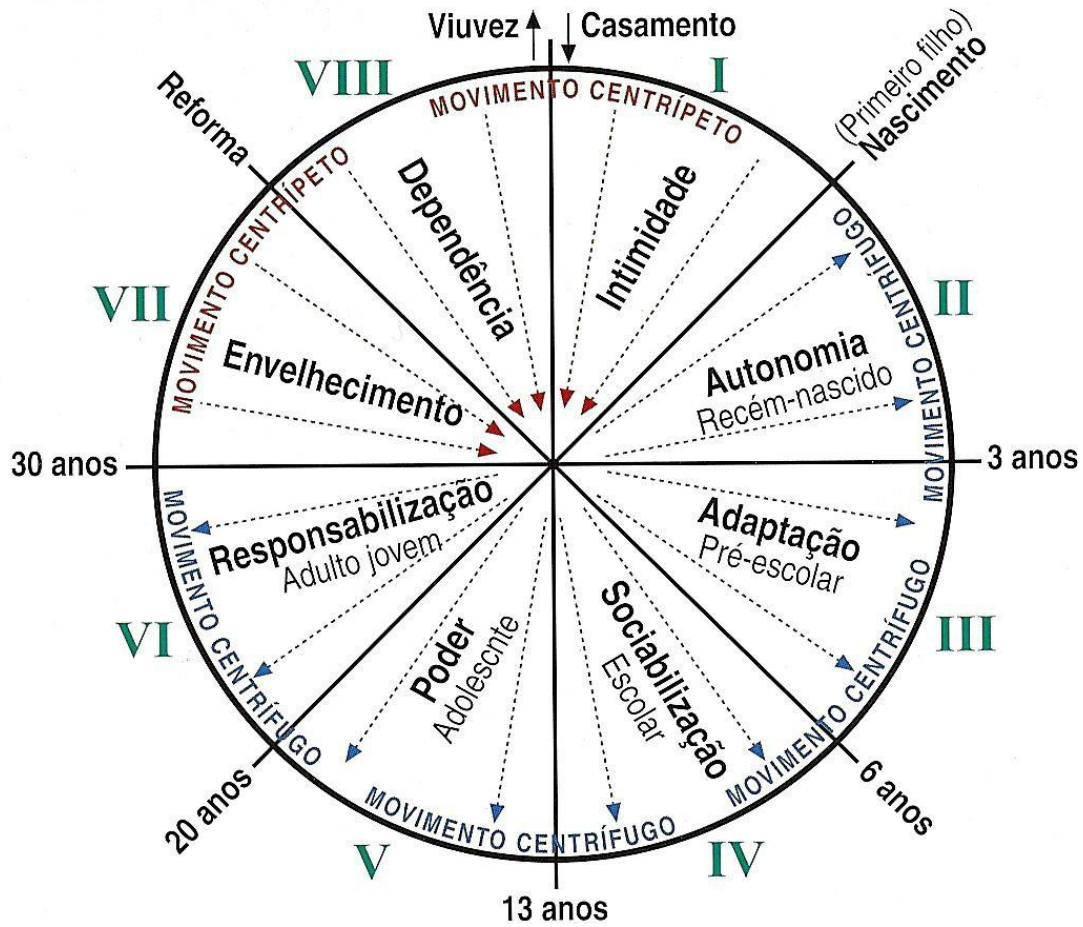
CÍRCULO FAMILIAR DE THROWER

O doente, F.P.C., integra toda a sua família dentro do círculo, pois considera que tem uma boa relação com todos eles. Representa-se a si e à sua esposa bem entrelaçados, como considera a sua relação conjugal. Coloca os filhos muito perto de si, apesar da distância que os separa uma vez que todos eles vivem em França; refere que fala todos os dias com eles ao telefone. Relativamente aos netos e bisnetos, não faz qualquer distinção entre eles e coloca-os todos próximo de si, tal como os seus filhos. Já os genros e as noras estão mais afastados porque considera que não tem uma relação tão forte como com os seus filhos, apesar de se "dar bem com toda a gente". Em relação aos irmãos representa-os também dentro do círculo, próximos de si, uma vez que todos têm uma relação muito cúmplice.



CICLO DE VIDA FAMILIAR DE DUVALL:

De acordo com a evolução do ciclo de vida familiar, actualmente o agregado encontra-se no estádio VIII: da reforma à viuvez.

Ciclo de Vida Familiar

Fase VIII- Da reforma à viuvez

- 1) Manter o funcionamento do casal apesar do declínio fisiológico
- 2) Reagir bem à situação da reforma
- 3) Lidar com a morte do cônjuge, familiares e preparação para a própria morte
- 4) Ser capaz de deixar a sua casa ou adaptá-la às suas necessidades

Dificuldades

- Estatuto de segunda classe para os idosos (diminuição da auto-estima)
- Doença crónica (sensação de incapacidade e de ser peso para a família)
- Solidão
- Dificuldade de mobilização das gerações mais novas para tomar o encargo dos idosos.

Apgar Familiar de Smilkstein

É composto por um questionário com cinco perguntas, cujas respostas se podem situar entre o quase nunca, às vezes e quase sempre, pontuando 0,1 ou 2, respectivamente.

Famílias altamente funcionais 7-10

Famílias com disfunção moderada 4-6

Famílias com disfunção acentuada 0-3

Apgar	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família.	X		
Estou satisfeito com a forma como a minha família discute os assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.	X		
Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida.	X		
Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.	X		
Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.			X

TOTAL: 8 pontos. O doente tem uma família altamente funcional. O que mais o perturba é o pouco tempo que passa com os seus filhos, netos e bisnetos, em virtude de morarem noutro país.

8. Aspectos psico-sociais

➤ Capacidades Individuais

Locomoção: Não tem qualquer limitação da locomoção sendo totalmente independente para as actividades da vida diária.

Sentidos: sem alterações auditivas ou sensitivas. Orientado no tempo e no espaço e com boa memória para eventos passados. Usa óculos com graduação por causa da miopia.

Cuidados de higiene diários: procede diariamente à sua higiene pessoal básica sem necessidade de ajuda.

Aderência à medicação: Refere cumprir a medicação.

➤ **Escolaridade:** 1ª classe, não sabe ler nem escrever.

➤ **Religião:** Católica

➤ **Habitação:**

Vive com a esposa em habitação própria, que construiu quando regressou de França. Tem 3 pisos, 4 quartos e segundo o doente, excelentes condições de habitabilidade. A casa é arejada, com água canalizada, saneamento básico, electricidade, telefone fixo e televisão. Tem animais domésticos, nomeadamente ovelhas e galinhas.

➤ **Nível socioeconómico:** tem uma casa própria e vive da sua reforma.

9- Motivo de Consulta:

O doente veio à consulta de vigilância da HTA e DM tipo 2.

10- Exame Objectivo:

○ Estado Geral

Doente consciente, colaborante e orientado no tempo e no espaço. Bom aspecto geral. Idade aparente coincidente com idade real.

Pele e mucosas coradas, hidratadas e anictéricas. Sem sinais de dificuldade respiratória.

○ Parâmetros Antropométricos

Peso: 79 Kg

Altura: 1,68 m

IMC = 28,2 Kg/m² (Excesso de Peso)

○ Sinais vitais

Tensão Arterial (TA) com esfigmomanómetro manual: 130/64mmHg

Frequência cardíaca (FC): 67 bpm

Frequência respiratória (FR): 15 cpm

Glicemia: 131

Colesterol: 204

Temperatura: 36.6°C

○ Restante Exame:

Auscultação cardíaca (AC): S1 e S2 presentes, de intensidade normal. Sem sopros.

Auscultação pulmonar (AP): sons respiratórios presentes bilateralmente e simétricos.

Relação inspiração/expiração normal. Sem ruídos adventícios

Abdómen mole e depressível, indolor à palpação superficial e profunda. Sem organomegalias ou massas palpáveis. Timpanismo normal. Ruídos hidroaéreos presentes.

Sem edemas periféricos.

Exame neurológico sumário normal.

11- Lista de Problemas:

Activos	Passivos
DM tipo 2 (há 45 anos)	Luto pela morte dos pais e irmãos
HTA (desde 2006)	
Miopia (desde 1975)	
Hipertrofia Benigna da próstata (desde 2007)	
Excesso de Peso (IMC-28.2kg/m ²)	

12- Plano:

- Manutenção da terapêutica em curso para a DM, HTA, para a HBP, para o coração, e reforço da necessidade de cumprir a medicação.
- Marcação de nova consulta de vigilância de HTA e DM2 para Dezembro de 2009.
- Aconselhamento sobre necessidade de perder peso através de uma alimentação saudável e início da prática de exercício físico, nomeadamente caminhadas.

13. Bibliografia

- Caeiro, RT. Registos clínicos em Medicina Familiar. Instituto de Clínica Geral da zona Sul. 1ª edição, 1991. Édipo, edição electrónica, Lda.

APÊNDICE V - VISITA AO DOMICÍLIO: VALÊNCIA RURAL

Informação da doente:

Hospital Padre Americo-Vale do Sousa

Serviço de Medicina Interna - Relatório de Alta:

Motivo de internamento: doente de 83 anos previamente autónoma, internada no dia 28/07/09 por hemiplegia esquerda. Consciente e colaborante no interrogatório simples, normotensa, magra. Clínica de valvulopatia mitral. Internamento sem intercorrências mantendo hemiparesia esquerda (fez fisioterapia). Ecocardiograma com grave valvulopatia mitral. Embora se colocasse a hipótese de hipocoagulação, decidiu-se atrasar a decisão atendendo à dependência da doente e idade, e manter antiagregantes plaquetários. Deverá continuar fisioterapia.

Resumo de Alta: AVC isquémico da área da artéria cerebral direita, com hemiplegia esquerda. Valvulopatia mitral com FA.

Destino após alta (08/08/09): domicilio

A enfermeira Dulce, coordenadora da equipa local dos cuidados continuados integrados, bastante informada sobre este caso, esteve a fornecer-me todos os dados de que necessitava e a pôr-me ao corrente de toda a problemática. Após o AVC, esta paciente deveria ter feito fisioterapia para não perder potencial de recuperação e evitar a total hemiplegia. No entanto, tal não aconteceu e desde que teve alta, a doente encontra-se em casa, confinada a sua cama e totalmente depende para as AVD, tendo já desenvolvido uma úlcera de pressão na zona sagrada. A solução encontrada para este caso foi admitir esta doente na rede de cuidados continuados de média duração, uma vez que preenche os critérios de referência, necessitando de cuidados de penso e reabilitação. A enf. Dulce e eu estivemos a preencher a ficha da utente para a inserir na Rede.

Ao chegarmos à residência, o idoso, JCP, 80 anos, recebeu-nos com todo o entusiasmo e convidou-nos de imediato a entrar no seu humilde lar. A casa era pequena, escura, fria, mas bastante limpa. A dona MTP, 83 anos, encontrava-se deitada na sua cama que foi colocada na sala. Tentamos interagir com a doente, mas ela encontrava-se sonolenta e apenas abanou a sua mão direita. Pude constatar todos os pontos que tínhamos colocado na sua ficha: estava desnutrida, desorientada no tempo e no espaço, sem qualquer capacidade de mover a parte esquerda do seu corpo, de se sentar, de controlar as suas fezes. Analisei também a sua úlcera de pressão. Confesso que fiquei sensibilizada ao assistir à forma carinhosa como o sr JCP tratava a sua mulher, incansável para assegurar sempre o bem-estar

da doente, apesar de também ele se encontrar debilitado e cansado. O objectivo desta visita era pedir autorização ao marido para internar a doente numa unidade de cuidados continuados integrados de média duração. O Sr. concordou de imediato pois percebia que era o melhor para "sua senhora", não só para recuperar algum equilíbrio e força muscular mas porque também ele necessitava de descanso. Tratou-se de toda a papelada, conversamos um pouco e regressamos ao centro de saúde.

A dona MTP ficou a aguardar vaga para entrar na Rede. Interessei-me por este caso e decidi ficar a saber mais sobre os cuidados integrados. A enf Dulce forneceu-me as directivas técnicas sobre os critérios gerais de referenciação de doentes para unidades de internamento, de ambulatório e equipas de RNCCI, pois todos os doentes estão condicionados ao preenchimento de determinados requisitos para serem admitidos nas diferentes tipologias de serviços. No caso da dona MTP, a unidade para que ela foi proposta foi a de Média Duração e Reabilitação, que se destina a doentes com perda de autonomia potencialmente recuperável que requeiram cuidados de saúde que, pela sua frequência, duração, ou ausência de apoio social, por parte dos cuidadores e/ou de equipas de cuidados continuados integrados, não podem ser prestados no domicílio, com previsibilidade de internamento superior a 30 dias e inferior a 90 dias consecutivos. Uma vez que existe uma unidade de cuidados continuados integrados no Hospital de Felgueiras, pedi autorização à enf Dulce para ir conhecer as instalações para ficar a perceber o modo de funcionamento da Rede.

No dia seguinte, fui ao Hospital e uma enfermeira disponibilizou-se para me fazer uma visita guiada. Existem duas unidades, a de convalescença e a de Média Duração (estão a construir-se novas instalações que irão abarcar uma unidade de longa duração). O edifício tem óptimas condições: o ginásio onde se faz a reabilitação é no piso inferior à unidade, evitando que os doentes tenham que sair do edifício para fazer fisioterapia; há uma sala de convívio onde os utentes socializam; a equipa de médicos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas parece ter uma boa relação. Falei com alguns doentes, e percebi que estavam contentes com os serviços prestados pela unidade de cuidados continuados.

Por fim, quero apenas salientar que esta visita ao domicílio foi muito gratificante para mim. A experiência de ir a casa de pessoas que precisam tanto da nossa ajuda e que nos abrem as portas com todo o entusiasmo, dá-nos uma nova força para trabalhar e melhorar, por pouco que seja, o dia-a-dia dos indivíduos.

04/10/09

APÊNDICE VI- PROGRAMA EDUCACIONAL “CAMINHAR PARA O EQUILÍBRIO”: VALÊNCIA RURAL

Durante a minha estadia no centro de saúde de Felgueiras, no módulo rural, convidaram-me a participar num programa educacional para pessoas com diabetes tipo2. Este curso é leccionado por um médico, uma enfermeira e um nutricionista. Uma vez que nenhum médico teve disponibilidade para fazer o programa, foi-me feita a sugestão. Aceitei de bom grado, pois considero estes cursos de extrema importância na educação e promoção da saúde, na aquisição de conhecimentos básicos sobre a doença e como evitar as complicações desta. De maior utilidade ainda por se tratar de uma doença crónica e frequente, como é a diabetes mellitus. Apresentei as duas primeiras sessões deste programa educacional.

Esta experiência foi realmente positiva, pois pude sentir o feed-back das pessoas, que ao longo da sessão me foram questionando sobre sintomas que têm, resultados de análises, etc.

Apesar do módulo rural ter terminado, prometi voltar quando tiver disponibilidade para apresentar nova sessão ou tirar dúvidas que possam surgir.

08/10/09

APÊNDICE VII- REGISTO DE UM DIA DE CONSULTAS: VALÊNCIA URBANA

DATA	INICIAIS, GÊNERO E IDADE	MOTIVO(S) DE CONSULTA	PROBLEMA(S) DE SAÚDE	REFERÊNCIA PARA	RETORNO DE
13/10/09	A.J.C., sexo masculino, 70 anos	Consulta de rotina para controlo da DM tipo 2 e HTA. Peso : 78kg, TA: 161/75mmHg HbA1C:6.5% Medicação: amlodipina candersartan+ hidroclorotiazida; glibenclamida	DM tipo 2 há 11 anos e HTA. Antecedentes de Leucemia Linfóide Crónica. Por ser pouco agressiva, mantém-se atitude conservadora e está a ser vigiado na consulta de Hematologia.		
13/10/09	I.M.A.J., sexo feminino, 32 anos	Congestão nasal fortíssima e espirros sempre que vai passar o fim-de-semana a sua casa em Árvore. Pediu-se	Antecedentes de depressão em 2008. Neste momento está a fazer o desmame da sertralina e toma	Consulta de Alergologia	

		pesquisa de antígenos específicos RAST (pêlo cão, pêlo gato, dermatófitos). TA: 92/57. Medicação: Zyrtec em SOS.	o socian (amissulprida); no entanto o socian causa-lhe tensão mamária e galactorreia.		
13/10/09	M.O.F., sexo feminino, 79 anos	Na consulta anterior, a doente referiu sensação de aperto na garganta e mal-estar associado. Ficou muito ansiosa por temer patologia maligna. Foi encaminhada para OTL onde lhe diagnosticaram secures das mucosas por dormir em decúbito dorsal. Peso: 50kg, TA: 135/52mmHg. Medicação: Victan, Diamicron e Lisinopril.	Antecedentes de DM tipo 2 há 15 anos, que está bem controlada (HbA1C: 5.74%) e HTA.		Consulta de Otorrinolaringologia
13/10/09	M.J.G.R., sexo masculino, 12 meses	Consulta de saúde infantil (consulta dos 12 meses). A criança tem estado bem de saúde, anda desde os 10 meses, palra muito, entende ordens simples, tem excelente desenvolvimento locomotor, apresenta 10 peças dentárias. Os testículos apenas estão parcialmente dentro das bolsas escrotais (estas são ainda muito pequenas) pelo que necessita de vigilância.	Bronquiolite aguda aos 6 meses.		
13/10/09	P.A.S., sexo feminino, 30 anos	Aparecimento de nodulação mamária, não associada a dor nem a prurido. Á palpação notou-se nódulo duro, móvel e de consistência fibrosa. Foi pedida ecografia mamária.	Nódulos mamários Excesso de peso		
13/10/09	A.M.P., sexo feminino, 57 anos	Consulta aberta. A doente refere sentir-se esgotada, deprimida e tem cefaleias intensas. Está assim desde que uma familiar se encontra hospitalizada. Foi	Cefaleias Depressão		

		medicada com sertralina, e magnesium-B.			
13/10/09	H.A.G., sexo feminino, 69 anos.	Consulta aberta. Queixas de cefaleias e mialgias desde há 3 dias. Refere ter tido febre (38°C), que baixou com paracetamol. Nega tosse, expectoração ou odinofagia. Temp. Axilar: 36.6°C; inspecção da laringe: sem sinais inflamatórios; AP normal. Medicada com Adalgur e Magnesium-B.	Síndrome Gripal HTA		
13/10/09	A.M.P., sexo feminino, 30 anos.	Consulta aberta. Rinite com congestão nasal e otalgias há cerca de 20 dias que não melhoram com paracetamol. Medicada com Nasomet, Loratadina e Ribomunyl.	Rinite e otalgias		
13/10/09	C.M.V.S., sexo feminino, 27 anos	Doente com antecedentes de candidíases vaginais, refere queixas de nova infecção. Surgiu após ter retirado um dente no dentista há dois dias atrás e ter sido medicada com amoxicilina + ácido clavulânico. Diagnóstico: Candidíase Vaginal iatrogénica. Medicada com Diflucam e Gynocanesten.	Candidíases Vaginais de repetição		
13/10/09	I.M.P.M., sexo feminino, 37 anos	Doente com queixas de lombalgias sem irradiação pelo que foi encaminhada para ortopedia. Tomou injeções de voltaren e encontra-se sem dores. Veio à consulta pedir análises gerais e fazer colheita para citologia cervico-vaginal. Ficou marcada nova consulta para 11/09 para ver resultados.	Lombalgias		Ortopedia
13/10/09	J.F.R.L., sexo masculino, 55 anos	Doente com vários antecedentes familiares de neoplasias do	HTA	Consulta de genética.	

		estômago e cólon. Nos familiares foi encontrado o gene MLH1. Vem á consulta pedir aconselhamento sobre exames a fazer e testes genéticos a realizar para despiste de neoplasias idênticas. Foi pedida endoscopia alta e colonoscopia total e o doente foi encaminhado para consulta de genética			
13/10/09	D.A.D., sexo feminino, 5 anos.	Consulta de saúde infantil. A criança tem estado bem de saúde, come e dorme bem, está integrada na escola. Tem um discurso fluente, apresentando alguns infantilismos em relação à articulação de algumas palavras. Peso: 16.2kg, estatura: 1,03m TA: 103/69mmHg	Dificuldade na articulação de algumas palavras	Terapia da Fala?	
13/10/09	C.A.S.C., sexo masculino, 36 anos	Doente que sofreu acidente de trabalho a 30/06/09, com torção e queda sobre os joelhos. Apesar da fisioterapia, refere manutenção das queixas álgicas. Segundo o relatório da RMN, apresenta lesões do menisco interno de ambos os joelhos.	Lesão do menisco interno de ambos os joelhos.	Ortopedia	Ortopedia
13/10/09	M.C.F., sexo feminino, 57 anos.	Talalgias bilaterais desde 9/09, mais intensas no pé esquerdo, que se agravam no final do dia e quando caminha mais do que o habitual. Foi pedido RX de ambos os pés, em carga. Medicada com indometacina em spray para alívio da dor.	Talalgias bilaterais.		
13/10/09	M.F.S., sexo masculino, 40 anos.	Perda de sensibilidade de ambos os membros superiores, com parestesias e sensação de adormecimento,	Lombalgias intensas. Parestesias e perda de sensibilidade em ambos os MS.	Ortopedia	

		associado ao esforço. Dor intensa a nível lombar quando flexa a coluna. Pediu-se electromiografia por suspeita de compressão nervosa. Vai fazer também TAC da coluna cervical e lombar.			
13/10/09	J.M.S., sexo masculino, 59 anos	Doente com epigastralgias de 4 meses de evolução, que se agravavam com a ingestão de alimentos. Veio mostrar resultado da endoscopia/ biopsia gástrica: úlcera da parte alta do corpo, mostrando exsudado fibrino-leucocitário próprio de fundo de lesão ulcerada e retalhos de mucosa gástrica com infiltrados de adenocarcinoma mucinoso. Foi pedida consulta urgente no serviço de cirurgia geral do Hospital de Sto António, para realizar a cirurgia o mais rapidamente possível.	Enfarte agudo do miocárdio em 2007. Epigastralgias.	Cirurgia geral do Hospital de Santo António-Consulta Urgente	
13/10/09	M.A.L., sexo feminino, 22 anos	Planeamento Familiar.			

APÊNDICE VIII- REFLEXÃO: VALÊNCIA URBANA

ACONSELHAMENTO GENÉTICO EM NEOPLASIAS HEREDITÁRIAS:

Embora a maioria das neoplasias seja resultado de interações complexas entre o componente genético do indivíduo e o ambiente, uma percentagem de casos ocorre principalmente devido a alterações herdadas que conferem uma maior predisposição ao desenvolvimento de tumores. Actualmente, estima-se que cerca de 5% a 10% de muitos cancros estejam associados à predisposição hereditária. Na última década, avanços significativos foram feitos no conhecimento dos mecanismos moleculares que originam o cancro. Diversos genes envolvidos no

desenvolvimento de neoplasias foram identificados incluindo: oncogenes (que predisõem ao cancro quando estão sobre- expressos), genes supressores tumorais (que podem originar um tumor quando inactivados) e genes de reparação do DNA (cuja inactivação leva ao acúmulo de mutações somáticas). Este conhecimento culminou com a identificação de genes associados a síndromes específicas de predisposição ao cancro. Cerca de cinquenta síndromes de predisposição hereditária ao cancro (SPHC) já foram definidas. Destas, destacam-se as síndromes de cancro hereditário em que o fenótipo característico é o desenvolvimento de cancro, como o Cancro Colorretal Hereditário Não Poliposo (HNPCC), Polipose Adenomatosa Familiar (PAF), Retinoblastoma, Síndrome de Cancro de Mama e Ovário Hereditários (HBOC), Síndrome de Cancro de Mama e Colorretal Hereditários (HBCC), etc. Estas descobertas deram origem a testes moleculares de diagnóstico de predisposição hereditária para diferentes tipos de cancro e estimularam o desenvolvimento de programas de avaliação clínica e aconselhamento genético de famílias em risco. A colheita da história familiar e a utilização de testes genéticos permitem a identificação de uma parte significativa de indivíduos que possuem alto risco de desenvolvimento de cancro. A identificação de indivíduos em risco para cancro hereditário é importante por várias razões. Primeiro, porque indivíduos afectados apresentam risco cumulativo vital, muito superior ao da população, para o desenvolvimento de outros tumores primários. Segundo, porque os familiares de um indivíduo afectado podem estar em risco, já que a maioria dessas doenças genéticas segue um padrão de herança autossómica dominante. Assim, 50% dos irmãos e 50% dos filhos de um afectado podem ser portadores da mesma mutação. Terceiro, porque medidas de rastreio intensivo mostram-se eficazes em permitir diagnósticos mais precoces. Quarto, a identificação de portadores permite delinear estratégias para redução de risco, quimioprevenção e cirurgias profiláticas. A identificação de mutações propicia a identificação de indivíduos de risco, portadores assintomáticos, além de fornecer informações importantes para orientação de indivíduos, principalmente no que se refere ao planeamento familiar.

O aconselhamento genético é portanto, um processo de comunicação que lida com os problemas associados à ocorrência ou à possibilidade de ocorrência de um distúrbio genético numa família. Entre as premissas fundamentais do aconselhamento genético, encontram-se:

- Utilização voluntária dos serviços;
- Tomada de decisão informada;
- Aconselhamento não directivo e não coercitivo;
- Protecção à privacidade e confidencialidade da informação genética;
- Atenção aos aspectos psicossociais e afectivos relacionados ao impacto e uso da informação genética.

As normas de boas práticas clínicas em aconselhamento genético encontram-se disponíveis num documento da Organização Mundial da Saúde (OMS).

O objectivo principal do aconselhamento genético oncológico é a identificação dos indivíduos portadores de SPHC e o planeamento das medidas de vigilância ou prevenção aplicáveis às diferentes situações de alto risco de desenvolvimento de cancro. A dinâmica do processo de aconselhamento genético envolve:

- **Colheita de informação:** pessoal e familiar, através da elaboração de um genograma com pelo menos três gerações, com posterior confirmação das informações fornecidas por meio de atestado de óbito ou histopatologia dos tumores referidos na família;

- **Diagnóstico:** a definição do diagnóstico é fundamental para conhecer o prognóstico (evolução natural, definição de riscos, estabelecimento de condutas e indicação de teste genético);
- **Estimativa de risco:** a definição dos riscos associados ao desenvolvimento da doença, assim como riscos reprodutivos, isto é, associação à transmissão da mutação;
- **Transmissão da informação:** transmissão das informações relevantes na evolução, transmissão, condutas de vigilância e redução de risco;
- **Avaliação psicológica:** deve ser realizada antes e após a realização do teste genético;
- **Suporte e seguimento:** orientação antecipatória, encaminhamento a grupos de pacientes, estratégias de seguimento.

Estimativas de risco bem definidas são muito importantes porque é através delas que serão indicados testes genéticos e planeadas estratégias de conduta. Nas doenças genéticas monogénicas, estimativas de risco baseadas em Mendel e Bayes em geral são suficientes. O cancro, no entanto, é uma patologia de etiologia mais complexa e, principalmente no caso dos tumores de manifestação na vida adulta, estimativas de risco empírico são instrumentos muito úteis para a definição dos riscos envolvidos. Tabelas de risco empírico são especialmente úteis no caso do cancro da mama, por exemplo, e existem, actualmente, muitos modelos de risco empírico disponíveis. Da mesma forma que com os testes genéticos, os modelos de estimativa de risco empírico devem ser contextualizados, levando-se em consideração as limitações e vantagens de cada modelo.

Em muitas SPHC os principais genes responsáveis foram identificados, possibilitando a realização de teste genético para a detecção de mutações germinativas nestes genes. Além do seu papel fundamental para a confirmação de uma suspeita clínica de SPHC, este teste genético também tem um carácter preditivo, uma vez que o mesmo pode identificar indivíduos portadores de mutação germinativa, mas que ainda não desenvolveram cancro. Por este motivo, nas situações em que um teste genético é oferecido, o processo de aconselhamento genético envolve pelo menos uma consulta pré-teste, avaliação psicológica do indivíduo testado, além das consultas pós-teste genético.

Três possíveis resultados do teste genético poderão ocorrer:

- a) Resultado positivo: confirma a presença de uma SPHC no paciente-índice e permite investigar a mutação nos familiares;
- b) Resultado negativo: é um negativo “verdadeiro” quando for o resultado da pesquisa de uma mutação já conhecida, por ser já existente na família. Caso seja a investigação inicial de um probando afectado (caso índice), um resultado negativo deve ser considerado dentro do contexto da sua sensibilidade, especificidade e valor preditivo daquele teste, e frequentemente não representa um negativo “verdadeiro”;
- c) Resultado inconclusivo: variação de significado patológico indefinido, por exemplo, mutações de substituição ou outras variantes não descritas previamente na literatura e cujo significado patológico não esteja ainda esclarecido.

Concluindo, para ser feito um rastreio de cancro hereditário eficaz é necessário:

- *Treino de profissionais da saúde a nível primário e secundário para identificar pacientes / famílias em risco.*
- *Criação e expansão de serviços de oncogenética.*

- *Estabelecimento de rede de serviços a nível terciário para rastreio molecular em famílias selecionadas.*


Bibliografia:

- “O Clínico Geral do futuro. Aprendizagem e ensino” – Edição do Departamento de Clínica Geral, 1990.
- “Comunicação em contexto clínico”. Nunes, José M.
- “Manual de Medicina Familiar” - Ian McWhinney - Tradução portuguesa, Ed. Inforsalus, Lisboa, 1994.
- David, A.K., Taylor, R.B., Fields, S.A., Phillips, D.M., Scherger, J.E. Family Medicine: Principle and Practice. 6th ed. Springer, 2003.
- www.dgs.pt
- <http://www.who.int/en/>

APÊNDICE IX- PANFLETO SOBRE CONTRACEPÇÃO DE LONGA DURAÇÃO: VALÊNCIA URBANA

Frente:

IMPLANTE CONTRACEPTIVO



O que é ?

- ⇒ É um pequeno bastonete flexível, com quatro centímetros de comprimento e dois milímetros de diâmetro;
- ⇒ É aplicado por baixo da pele, na face interna do braço, sob anestesia local;
- ⇒ A sua aplicação e remoção devem ser sempre realizadas por um(a) médico(a);
- ⇒ É eficaz durante três anos, ao fim dos quais pode ser automaticamente substituído por um novo, se a mulher assim o desejar;
- ⇒ Em Portugal apenas é comercializada marca Implanon.

Como actua?

O implante vai libertando lentamente uma pequena quantidade de hormonas – progesterão – para a corrente sanguínea.

Actua de duas formas:

- Impede a ovulação (libertação do óvulo);
- Toma mais espesso o muco cervical, dificultando a entrada dos espermatozoides no útero.

Nível de eficácia :

O nível de eficácia dos implantes é muito elevado: 0 a 0,07 gravidezes por ano em cada 100 mulheres (ou 99,8%).

Vantagens:

- O implante é o método adequado para quem pretende um efeito de longa duração e de elevada eficácia;
- Não interfere com a relação sexual e não requer a toma diária;

- Não interfere com o aleitamento;
- Pode ser utilizado por mulheres que não podem ou não querem tomar estrogénios;
- Ao contrário da pílula, a hormona presente no implante, não necessita de ser absorvida pelo aparelho digestivo, permitindo que a eficácia deste método não seja posta em causa, em caso de vômitos ou diarreia;
- É um método reversível: a mulher retoma a fertilidade pré-existente podendo engravidar logo depois de retirar o implante e esta decisão pode ser tomada em qualquer altura.



Desvantagens:

- Não protege contra as infeções sexualmente transmissíveis;
- É um método dispendioso.

Efeitos secundários:

- Instabilidade no ciclo menstrual;
- Pode causar em determinadas mulheres dores de cabeça, náuseas e variações de humor;
- Tal como em outros métodos hormonais, algumas mulheres podem desenvolver quistos nos ovários. Estes quistos são benignos e geralmente desaparecem sem necessitar de tratamento.

CONTRACEPÇÃO DE LONGA DURAÇÃO





DIU e IMPLANTE CONTRACEPTIVO

Para mais informações contacte:

- * Médico/a de Família
- * Ginecologista
- * Consulta de Planeamento Familiar


Joana Filipa Ribeiro Sampaio
Turma 3
Outubro de 2009
Medicina Comunitária



Trás:

**DISPOSITIVO
INTRA-UTERINO
(DIU)**

O DIU é um pequeno dispositivo de plástico revestido com fio de cobre que é inserido no útero. O DIU impede a gravidez através da alteração das condições uterinas e funcionando também como uma barreira aos espermatozoides. A inserção é feita numa consulta médica, podendo permanecer no útero durante vários anos.



O DIU está indicado para quem:

- Pretende um método de longa duração, reversível e que não interfira na relação sexual
- Tem um relacionamento estável e não há risco de relações com outros parceiros
- Tem um ou mais filhos ou acabou de ter
- Para quem tolera alterações na menstruação, nomeadamente fluxos menstruais mais abundantes e prolongados
- Pretende uma rápida recuperação dos níveis de fertilidade

Nível de eficácia:
O nível de eficácia do DIU é muito elevado e aumenta com o tempo de utilização (0,1- a 2 gravidezes por ano em cada 100 mulheres).

Vantagens:
Para além do seu grau de eficácia, é um método reversível e de longa duração.

Desvantagens:

- Não protege contra as Infecções Sexualmente Transmissíveis;
- A colocação do DIU tem de ser feita por um profissional de saúde.

Efeitos secundários:


- Aumento do fluxo menstrual (para o caso dos DIU não hormonais);
- Dor pélvica;
- Corrimento vaginal.


São contra-indicações:

- Quando há suspeita de gravidez
- Nas situações de DIP (doença inflamatória pélvica);
- Existem infeções sexualmente transmissíveis;
- Em situações de anomalias ou neoplasias uterinas;
- Quando existe alergia ao cobre;
- Quando as mulheres nunca tiveram filhos (nulíparas).

**Sistema intra-uterino
(SIU)**

A diferença do SIU (face ao DIU) reside no facto de ser um dispositivo que liberta uma hormona que torna mais espessa a parede do útero, dificultando a entrada dos espermatozoides e prejudicando a sua mobilidade. Ao contrário do DIU, o sistema intra-uterino não aumenta o fluxo menstrual.





ANEXO I - Objectivos Gerais dos Planos de Actividades da DM do CSSJ e CSF para o ano de 2009.**CS de São João**

Sensibilizar os médicos de família de modo a identificarem correctamente o diabético nos vários suportes de registo: codificação pela ICPC-2 na respectiva lista de problemas, identificação no respectivo grupo de risco e atribuição do guia do diabético.

Incentivar o adequado preenchimento da ficha Diabcare pelos médicos de família.

Promover uma maior articulação e partilha de cuidados no seio da equipa de saúde alargada de forma a cumprir os objectivos do Programa Nacional de Controlo da DM.

CS de Felgueiras

Proporcionar às pessoas com DM o acesso a todas as vertentes do Programa Nacional de Controlo da DM.

Reduzir a mortalidade e morbilidade por complicações associadas à DM.

ANEXO II - Objectivos Específicos dos Planos de Actividades da DM do CSSJ e CSF para o ano de 2009.

CS de São João	
Pretende-se calcular:	<ul style="list-style-type: none"> ○ Taxa de prevalência de pessoas com DM ○ Taxa de incidência da DM
Pretende-se atingir as seguintes metas:	<ul style="list-style-type: none"> ○ N° amputações dos membros inferiores <5% ○ N° doentes em diálise por motivo de DM <5% ○ N° cegos e amblíopes por motivo de DM <5% ○ N° pessoas com DM com AVC <5% ○ N° pessoas com DM com EAM <10% ○ % Diabéticos com doseamento de HbA1c nos últimos 3 meses > 50% ○ % Diabéticos com doseamento de colesterol total no último ano > 50% ○ % Diabéticos com pelo menos um valor de pressão arterial registado nos últimos 3 meses > 50% ○ Rastreio de nefropatia: % de diabéticos com microalbuminúria anual > 50% ○ Rastreio oftalmológico: % diabéticos observados em Oftalmologia no último ano > 75% ○ % Diabéticos com pelo menos 1 exame dos pés registado no ano > 75% ○ Controlo glicémico: % de pessoas com DM com $HbA1c \leq 7.5\%$ > 50%

CS de Felgueiras**Pretende-se calcular:**

- Taxa de prevalência de pessoas com DM
- Indicadores de Gestão em Enfermagem - % de diabéticos hipertensos controlados e % de diabéticos com úlcera no pé, que receberam educação terapêutica
- Indicadores de Enfermagem - % de diabéticos em consulta de Enfermagem, % de diabéticos acamados, % de diabéticos amputados, % de diabéticos cegos
- % Diabéticos vacinados com a vacina da gripe sazonal
- Todas as grávidas com Diabetes Gestacional e reclassifica-las entre as 6 e as 8 semanas de pós-parto, nos termos da Circular Normativa da DGS nº8/ DGCG, de 04/11/98 (diabetes e gravidez).

Pretende-se atingir a seguinte meta:

- Reduzir as amputações dos membros inferiores.

ANEXO III – Actividades a empreender para a concretização dos objectivos propostos nos Planos de Actividades da DM do CSSJ e CSF para o ano de 2009.

CSSJ

1. Abordar nas reuniões de serviço a importância do correcto preenchimento da ficha Diabcare. Referenciar semestralmente ao respectivo MF quantos e quais dos seus diabéticos não têm ficha Diabcare preenchida.
2. Abordar em reunião de serviço conjunta (médicos e enfermeiros) o adequado preenchimento do guia do diabético e as estratégias para melhorar a articulação de cuidados.
3. Incentivar os MF a procederem à referenciação anual dos diabéticos à consulta de oftalmologia.
4. Incentivar a equipa de saúde a proceder à avaliação anual dos pés dos diabéticos e a registar tal avaliação no guia do diabético e a ficha Diabcare.
5. Incentivar à avaliação trimestral da pressão arterial dos diabéticos, ao tratamento dos hipertensos de modo a se atingirem os objectivos de TA < 130/80mmHg. Assinalar sempre os diabéticos hipertensos na ficha Diabcare.
6. Sensibilizar a equipa de saúde para a importância da adequada vigilância do diabético e, através da perseverança no seu controlo metabólico, conseguir atingir os objectivos de St. Vincent no que respeita à redução dos diabéticos com necessidade de amputações, em insuficiência renal terminal, com doença cardiovascular e com cegueira.

CSF

1. Promover a atenção multidisciplinar aos doentes com DM.
2. Incentivar o registo de informação nos sistemas SAM e SAPE de todos os cuidados ao diabético.
3. Promover a recolha sistemática e o registo de informação relevante de cada pessoa com DM, de modo a tornar possível a correcta avaliação do programa e da sua eficácia.
4. Promover a dispensa do Guia do Diabético a todos os diabéticos identificados.
5. Prosseguir o desenvolvimento de consulta de pé diabético.
6. Promover formação específica aos profissionais de saúde relativamente à auto-vigilância e auto-controlo, insulino-terapia na DM, manuseamento dos materiais e equipamentos necessários, cuidados a ter com os pés na população diabética e Pé Diabético.
7. Promover formação em educação terapêutica e desenvolver sessões para os utentes, com base em programas estruturados “Caminhar para o Equilíbrio”, como parte integrante do tratamento de pessoas com DM.
8. Comemorar o DIA MUNDIAL DA DM, dia 14 de Novembro e realizar relatório de actividades desenvolvidas.