



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2009/2010

Mariana Sampaio Ferreira da Silva
Relatório de Estágio em Medicina
Comunitária

Abril, 2010

FMUP



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Mariana Sampaio Ferreira da Silva
Relatório de Estágio em Medicina
Comunitária

Mestrado Integrado em Medicina

Área: Medicina Comunitária

**Trabalho efectuado sobre a Orientação de:
Dra. Maria Graça Veiga**

Abril, 2010

FMUP

Eu, Mariana Sampaio Ferreira da Silva, abaixo assinado, nº mecanográfico 040801210, 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, 19/04/2010

Assinatura: Mariana Sampaio F. da Silva

Nome: Mariana Sampaio Ferreira da Silva

Título da Dissertação/Monografia/Relatório de Estágio:

Relatório de estágio em Medicina Comunitária

Nome completo do Orientador: Dra. Maria da Graça Vasques Amorim da Costa Veiga

Ano de conclusão: 2010

Designação da área do projecto de opção:

Medicina Comunitária

É autorizada a reprodução integral deste Relatório de Estágio 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: Mariana Sampaio F. da Silva

Agradecimentos

Agradeço:

- à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, professores, técnicos e funcionários, por toda a minha formação profissional e pessoal;
- à Dra. Maria Graça Veiga pela atenção dispensada, conhecimentos transmitidos durante o estágio, disponibilização dos recursos necessários e orientação do presente relatório de estágio;
- ao Dr. Rui Neto pela disponibilidade e pelos conhecimentos transmitidos durante o estágio;
- às equipas de enfermagem, auxiliares de acção médica e aos administrativos do Centro de Saúde São João e do Centro de Saúde de Lousada;
- Por último, mas não menos importantes, à minha família e amigos.

Resumo

A disciplina de Medicina Comunitária faz parte do plano curricular do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina na Universidade do Porto. Nesta disciplina tem-se a oportunidade de contactar diariamente com doentes em situação de consulta e adquirir conhecimentos fundamentais para a prática clínica em Medicina Geral e Familiar. Neste relatório vai-se fazer uma breve descrição e análise do trabalho realizado durante o estágio na disciplina em questão.

O estágio teve duração de 4 semanas e foi estruturado em 2 módulos: um realizado em ambiente rural no Centro de Saúde de Lousada e outro realizado em ambiente urbano no Centro de Saúde São João.

Ao longo deste estágio foram realizadas diversas actividades, algumas das quais de carácter obrigatório. A infertilidade foi um dos temas mais abordado nestes trabalhos porque além de ser considerada um problema de saúde pública, é um problema médico, psicológico e social com incidência crescente em função da idade dos casais. Tendo em conta que é uma das áreas de intervenção do Planeamento Familiar, foi considerado pertinente um estudo comparativo entre ambos os Centros de Saúde no que diz respeito a esta área.

O balanço deste estágio é positivo, uma vez que foi enriquecedor para a formação, tanto a nível profissional quanto a nível pessoal. Foi possível aprofundar conhecimentos sobre a relação médico-doente e sobre a melhor conduta numa consulta médica. Foi relevante a promoção e educação para a saúde, a prevenção da doença e a necessidade do tratamento e mobilização atempadas.

Summary

The discipline of Community Medicine is part of the curriculum of the 6th year of Master in Medicine at the University of Porto. In this course we have the opportunity to daily contact with patients in situations of consultation and acquire fundamental knowledge to clinical practice in Family Medicine. This report will be a brief description and analysis of work done during the internship in the discipline in question.

The training period lasted 4 weeks and was divided into 2 modules: one conducted in a rural environment at the Health Center of Lousada and the other conducted in an urban environment at the Health Center São João.

Throughout this stage were carried out various activities, some of which are mandatory. Infertility is one of the themes addressed in this work because besides being considered a public health problem, is a medical, psychological and social problem. Infertility was increasing incidence in function the age of couples. Given that one of the areas of intervention of Family Planning, was considered an appropriate comparative study between the two health centers with regard to this area.

The outcome of this stage is positive, since it was enriching for the training, both professionally and personally. It was possible to deepen knowledge about the doctor-patient relationship and on the best practice in a medical consultation. Was relevant to promotion and health education, disease prevention and the need for timely treatment and mobilization.

Índice

Siglas.....	5
Lista de figuras e tabelas	5
Introdução e Enquadramento	6
Objectivos gerais de MC:	6
Local e tempo	7
Definição dos objectivos	7
Organização estrutural do relatório	7
Descrição das actividades	8
Actividades e tarefas realizadas	8
Avaliação.....	11
Caracterização dos CS.....	11
Estudo demográfico.....	14
Tarefa Complementar – PF.....	17
Introdução.....	17
Metodologia	17
Resultados	18
Conclusões	21
Conclusões.....	22
Bibliografia/Referências	23
Anexos e Apêndices	24
Apêndice I – Cronogramas.....	25
Apêndice II – Reflexão.....	27
Apêndice III – Folheto	29
Apêndice IV – Fluxograma	30
Apêndice V – Diário de consulta do CSL	31
Apêndice VI – Diário de consulta do CSSJ.....	33
Apêndice VII – História Clínica.....	35
Anexo I – Decreto de Lei	42

Siglas

MC - Medicina Comunitária

CSP - Cuidados de Saúde Primários

MGF - Medicina Geral e Familiar

PF - Planeamento Familiar

CS – Centro (s) de Saúde

CSL - Centro de Saúde de Lousada

CSSJ - Centro de Saúde São João

DCG - Departamento de Clínica Geral

FMUP - Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

OMS - Organização Mundial de Saúde

CAD - Centro de aconselhamento e detecção precoce do VIH/SIDA

ARS - Administração Regional do Norte

ACES - Agrupamentos de Centros de Saúde

USF - Unidade de Saúde Familiar

INE - Instituto Nacional de Estatística

Lista de figuras e tabelas

Tabela 1	Comparação dos recursos (Humanos e Informáticos) existentes em cada CS	Página 12
Tabela 2	Utentes e Relação Utentes/Médico	Página 12
Tabela 3	Comparação entre os CS	Página 13
Tabela 4	Relação de masculinidade e Índice de envelhecimento	Página 16
Tabela 5	Indicadores de execução do Programa de PF do CSSJ	Página 18
Tabela 6	Resultados do CSSJ	Página 19
Tabela 7	Resultados do CSL	Página 20
Tabela 8	Comparação dos resultados de CSSJ e do CSL no ano de 2008	Página 21
Figura 1	Pirâmide etária do CSSJ	Página 15
Figura 2	Pirâmide etária do CSL	Página 15

Introdução e Enquadramento

A disciplina de Medicina Comunitária (MC) faz parte do plano curricular do 6º ano do Mestrado Integrado de Medicina na Universidade do Porto. Ao longo do curso, MC é uma das únicas disciplinas que aborda e que permite um maior contacto com os cuidados de saúde primários (CSP). Os CSP são descritos pela Definição Europeia de Medicina Geral e Familiar (MGF) como o “contexto, no seio de um sistema de Saúde, geralmente na comunidade do próprio paciente, em que ocorre o primeiro contacto com um profissional de saúde”.¹ Posto isto, e tendo em conta que a primeira abordagem do doente poderá ser fulcral, o papel do especialista de MGF é de extrema importância.

Para aprofundar os conhecimentos relativos aos CSP e para esclarecer de que forma estes são prestados foi decidido realizar o relatório de estágio em MC.

Objectivos gerais de MC:

- Introduzir os estudantes no ambiente da moderna Clínica Geral, na equipa dos CSP, na epidemiologia, na consulta e na prática da Medicina neste contexto;
- Colocar os estudantes no contexto apropriado para aprenderem os princípios da Saúde Pública, da prevenção, do rastreio, do diagnóstico precoce da doença e da promoção da Saúde;
- Estudar os aspectos comunitários da pediatria, da saúde mental, da obstetrícia, da saúde da Mulher, da medicina psico-social e dos cuidados aos idosos;
- Desenvolver a capacidade dos estudantes para trabalhar independentemente, quer na clínica, quer na auto-formação;
- Desenvolver atitudes profissionais que melhorem os cuidados de saúde e conduzam a boas relações de trabalho;
- Alargar a experiência em questões éticas, em aptidões de comunicação e na prática clínica baseada em evidências.

Este relatório pretende descrever a experiência vivida durante o estágio em questão, centrando-se nas actividades realizadas e nos conhecimentos adquiridos. Foi realizado um

estudo comparativo mais aprofundado sobre as actividades de Planeamento Familiar (PF) dos dois Centros de Saúde (CS).

Local e tempo

Este estágio realizou-se no Centro de Saúde de Lousada (CSL) e no Centro de saúde São João (CSSJ) durante 4 semanas (de 28 de Setembro a 23 de Outubro).

Definição dos objectivos

- Caracterizar os CS e a população em que estão inseridos, evidenciando as semelhanças e diferenças entre ambos (CSL e CSSJ);
- Descrever as actividades e tarefas realizadas ao longo do estágio;
- Comparar os resultados dos programas de saúde de PF de ambos os CS.

Organização estrutural do relatório

O documento inicia-se com uma introdução breve do relatório, onde se evidenciam os objectivos deste, assim como se tenta enquadrar o leitor no tema do relatório.

Segue-se uma descrição sumária das actividades realizadas ao longo do estágio, bem como das características dos CS e das populações onde estes se encontram inseridos.

Faz-se ainda referência ao programa de saúde de PF do CSSJ. Tentou-se fazer uma comparação de resultados entre ambos os CS.

Descrição das actividades

Residência de 4 semanas estruturada em 2 módulos: um realizado em ambiente rural no CSL (28 de Setembro a 9 de Outubro) sob a orientação do Dr. Rui Neto e outro realizado em ambiente urbano no CSSJ (12 a 23 de Outubro) sob a orientação da Dra. Maria Graça Veiga. Em ambos os CS houve integração no ambiente da MGF e dos CSP, na consulta e na prática da Medicina nesse contexto.

Actividades e tarefas realizadas

Foram realizadas diversas actividades ao longo deste módulo:

- *2 Seminários no Departamento de Clínica Geral (DCG) da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP), no início de cada módulo - 28 de Setembro e 12 de Outubro*

Breve introdução à disciplina, bem como às características fundamentais da MGF. Foram abordados alguns temas de relevância e apresentados alguns casos clínicos. Foram fundamentais para a introdução e integração do aluno na disciplina de MC numa primeira abordagem.

- *6 trabalhos - 1 história clínica, 1 fluxograma, 2 diários das consultas, 1 reflexão e 1 panfleto*

A história clínica foi feita a um doente com Doença de Becker, doença rara e hereditária recessiva associada ao cromossoma X. Foi importante, pois foi uma oportunidade de consolidar os conhecimentos acerca desta patologia e de perceber como elaborar a história familiar de uma forma mais específica e detalhada.

Os diários das consultas foram fundamentais para a percepção de quais as patologias mais frequentes em cada um dos CS na altura do ano em que decorreu o estágio.

A infertilidade foi o tema abordado nos restantes trabalhos. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a infertilidade é um problema de saúde pública, com incidência crescente em função da idade dos casais², daí o aumento da sua importância e interesse por parte, não só do profissional de saúde, como da população em geral.

- *Participação nas actividades de enfermagem*

Aprendizagem de actos essenciais com os quais não houve contacto ao longo do curso (administração de vacinas e fármacos, realização de pensos). Foi importante para ampliar aptidões de interdisciplinaridade e colaboração com outros profissionais.

- *Consulta de cessação tabágica*

Oportunidade de assistir de que forma os doentes são abordados e orientados para abandonar os hábitos tabágicos. Esta consulta destina-se apenas a pessoas motivadas para abandonar o consumo de tabaco, uma vez que o profissional de saúde vai intervir de forma mais intensiva e demorada (ao longo de várias sessões) de forma a aumentar a taxa de sucesso da cessação tabágica. Nas primeiras consultas, após avaliação do fumador e da sua motivação para parar, são-lhe propostas medidas comportamentais e farmacológicas para tornar esta primeira fase menos complicada. Por norma, são avaliados os dados antropométricos do paciente, a pressão arterial e realiza-se o doseamento do monóxido de carbono. Estes dados são importantes para a avaliação da evolução do doente.

Nas consultas seguintes, deve-se encorajar o fumador a permanecer em abstinência, reavaliar os benefícios, ajustar e prolongar as terapêuticas (caso estas sejam necessárias) e prevenir a recaída.³

- *Visita a um Lar de Terceira Idade (Lar Lúcia Lousada)*

Observação de diversos doentes institucionalizados, do tipo de cuidados médicos que estes necessitam e a forma como estes são prestados.

- *Visita ao centro de aconselhamento e detecção precoce do VIH/SIDA do Porto (CAD)*

O CAD é um centro que se destina ao rastreio gratuito, confidencial e anónimo do VIH/SIDA. Foi importante perceber de que forma funcionam estes centros e como são recebidas e orientadas as pessoas que a estes recorrem.

Inicialmente a pessoa é informada e incentivada a fazer o teste, é-lhe explicado em que consiste o teste e quais as consequências de um resultado positivo, são abordados possíveis comportamentos de risco e a necessidade de adoptar comportamentos que protejam a saúde e previnam a propagação da infecção.

Depois da colheita do sangue, entregam-se os resultados pessoalmente e fazem-se mais aconselhamentos. Caso o resultado seja positivo, o doente pode ser encaminhado para consultas de referência hospitalar.⁴

- *Estudo comparativo mais aprofundado sobre as actividades de PF dos dois CS*

As actividades de PF são uma componente fundamental da prestação integrada de cuidados em saúde reprodutiva e, nessa perspectiva, a consulta de PF deve assegurar actividades de promoção da saúde.⁵

O estudo realizado incidiu essencialmente nos indicadores de execução do programa de PF do CSSJ. Tais indicadores permitem estimar de que forma as actividades de promoção de saúde estão a beneficiar os utentes. Os dados relativos às consultas de PF de ambos os CS foram comparados (mais à frente).

- *Convite para participar na 4ª reunião de MC em ambiente rural no dia 24 de Abril em Lousada*

Nesta reunião pretende-se dar a conhecer a perspectiva do aluno relativamente ao ensino de MC no meio rural.

Avaliação

Avaliação contínua e dos 6 trabalhos realizados durante a residência.

Caracterização dos CS

O CSSJ foi inaugurado em Junho de 1999 e resultou de um protocolo estabelecido entre a FMUP e a administração Regional de Saúde (ARS) do Norte – “Projecto Tubo de Ensaio”. Este CS pertence ao Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Grande Porto VI - Porto Ocidental. Inicialmente sem limitação geográfica, a inscrição de novos utentes limita-se a residentes no concelho do Porto. Realiza ainda, através dos Serviços de Acção Social da Universidade do Porto, a prestação de cuidados médicos a estudantes e funcionários de Universidade do Porto.

O CSSJ é responsável pela docência das disciplinas de Medicina Preventiva e MC. A sua actividade no âmbito do ensino pós-graduado ocorre na formação de Internos de MGF e Internos de outras especialidades.^{6,7}

O CSL pertence ao ACES do Tâmega II – Vale do Sousa Norte. Tem 3 extensões: Caíde, Meinedo e Lustosa. Na altura da realização do estágio encontrava-se em obras, uma vez que parte deste irá passar a ser Unidade de Saúde Familiar (USF).

No que à actividade formativa diz respeito, este CS é responsável pela docência do módulo rural de MC da FMUP e pela formação de internos de MGF.

Relativamente aos recursos Humanos, a comparação permite verificar que os números diferem significativamente (tabela 1). O CSL tem um número superior de profissionais, algo justificável pelo maior número de doentes que este centro acolhe (tabela 2).

No CSL há 3525 utentes sem médico, os quais são atendidos em consultas de recurso (consultas sem marcação prévia).

Tabela 1 – Comparação dos recursos (Humanos e Informáticos) existentes em cada CS

	CSSJ	CSL
Recursos Humanos	10 Médicos especialistas em MGF 16 * Enfermeiros 6 Administrativos 2 Auxiliares de Acção Médica 2 Psicólogos 1 Podologista 1 Telefonista	23 Médicos especialistas em MGF 24 Enfermeiros 20 Administrativos 16 Auxiliares de Acção Médica 1 Nutricionista
Recursos Informáticos	SAM Alert P1 SINUS DiabCare Higia	SAM Alert P1 SINUS DiabCare

* não estão em tempo integral (com contrato de tarefa em regime *part-time* – enfermeiros por turno: 3 período da manhã das 8h às 13h, 1 das 13h às 15h, 3 no período da tarde das 15h às 18h, 2 para domicílios)

Tabela 2 – Uteses e Relação Uteses/Médico

	CSSJ	CSL
Nº de Uteses	19855	46619
Uteses/Médico	1986/médico	1874/médico

Relativamente ao modo de funcionamento e ao tipo de serviços prestados os dois CS são muito semelhantes (tabela 3).

No CSSJ a consulta programada tem um espaço dedicado para atendimento telefónico. Na altura em que foi realizada a residência também existia um Serviço de atendimento à gripe. Não existe, no entanto, Serviço de Saúde Pública.

Tabela 3 – Comparação entre os CS

	CSSJ	CSL
Horário de funcionamento	2 ^a a 6 ^a feira das 8h às 20h	2 ^a a 6 ^a feira das 8h às 20h
Tipos de consulta	<p>Adultos</p> <p>Vigilância de grupos de risco (hipertensos e diabéticos)</p> <p>Vigilância de grupos vulneráveis (saúde materna, saúde infantil, planeamento familiar e vigilância oncológica)</p> <p>Aberta (consulta não programada)</p> <p>Psicologia</p> <p>Podologia</p> <p>Consultas no domicílio</p>	<p>Adultos</p> <p>Vigilância de grupos de risco (hipertensos e diabéticos)</p> <p>Vigilância de grupos vulneráveis (saúde materna, saúde infantil, planeamento familiar e vigilância oncológica)</p> <p>Recurso (consulta não programada)</p> <p>Nutrição</p> <p>Consultas no domicílio</p>
Interação com outros Serviços de Saúde	<p>Centro Hospitalar do Porto, EPE (Hospital de Santo António, Maternidade Júlio Dinis e o Hospital Central Especializado de Crianças Maria Pia)</p> <p>Hospital de Magalhães Lemos</p> <p>Hospital da Prelada</p> <p>Instituto Português de Oncologia</p> <p>Hospital Joaquim Urbano</p>	<p>Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa - Penafiel</p>

Estudo demográfico

A análise demográfica das pirâmides etárias das populações dos dois CS (figura 1 e 2), permite verificar que a faixa etária predominante no CSSJ é a dos ≥ 75 anos no sexo feminino e dos 35-39 anos no sexo masculino, e no CSL é a dos 35-39 anos em ambos os sexos.

A pirâmide etária do CSSJ traduz um envelhecimento populacional mais vincado do que a pirâmide etária do CSL, o que é compatível com os valores do índice de envelhecimento (tabela 4). Estes valores são mais elevados no CSSJ. Estes dados são concordantes com os dos concelhos em que se inserem cada um dos CS. Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), o concelho do Porto tem um índice de envelhecimento de 157%, enquanto no concelho de Lousada este índice é de 51%. Posto isto pode-se concluir, que Lousada é um concelho com uma população bastante jovem, quer em relação ao concelho do Porto, quer em relação ao País - 113.6%.⁸

Tendo em conta que a tendência é a evolução para uma população cada vez mais envelhecida será importante que os profissionais de saúde possam dar respostas a este problema social e demográfico, tendo por isso a responsabilidade de organizar e providenciar respostas de suporte a esta faixa etária. Como por exemplo, fazendo visitas ao domicílio regularmente, organizando consultas especiais para idosos no CS, providenciando transportes, entre outras.⁹

O sexo feminino predomina sobre o masculino em ambos os CS. 56% dos utentes do CSSJ e 51% dos utentes do CSL são mulheres, ou seja no CSSJ essa diferença é ligeiramente mais notória (tabela 4).

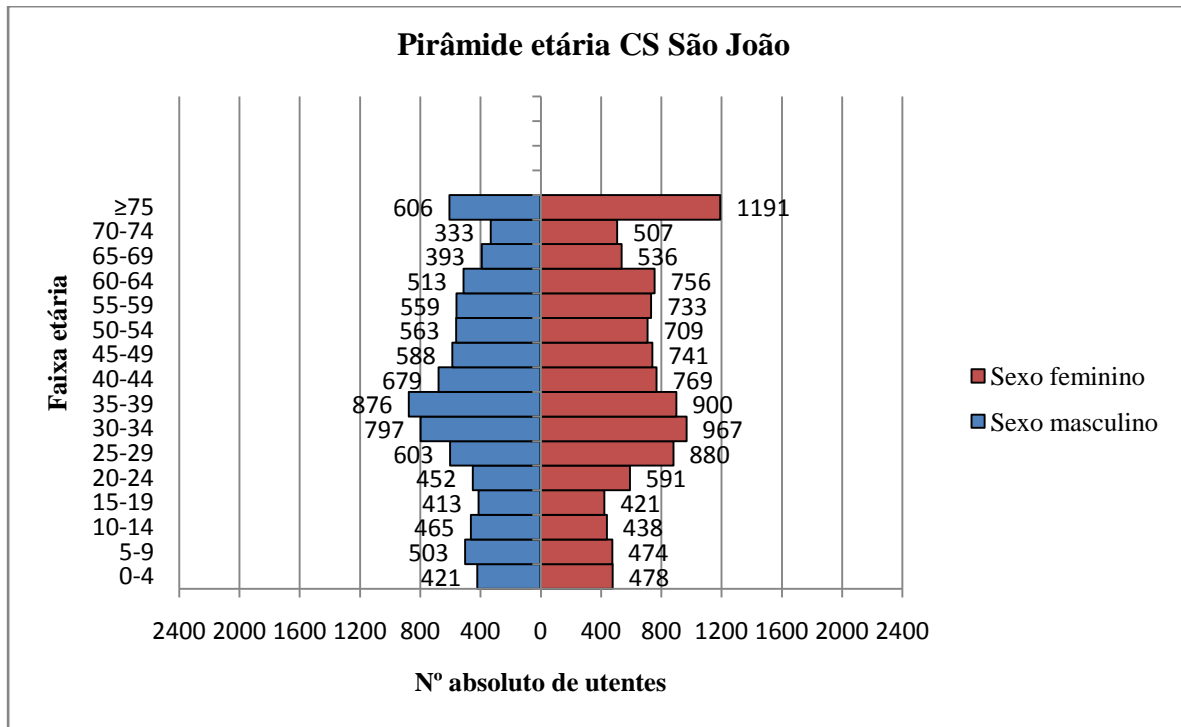


Figura 1 – Pirâmide etária do CSSJ

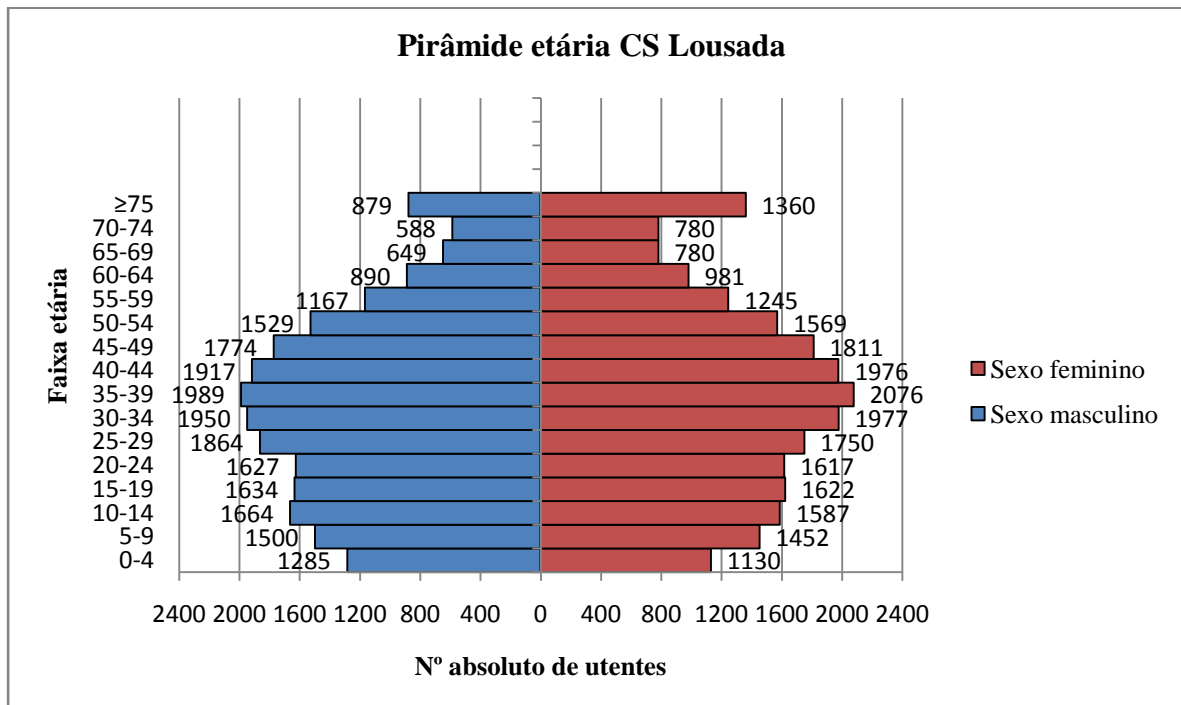


Figura 2 – Pirâmide etária do CSL

Tabela 4 - Relação de masculinidade e Índice de envelhecimento

	CSSJ	CSL
Relação de masculinidade (quociente entre os indivíduos do sexo masculino e feminino)	79%	97%
Índice de envelhecimento (quociente entre população idosa (≥ 65 anos) e a população jovem (0-14 anos))	128 %	58%

Tarefa Complementar – PF

Introdução

A Saúde Reprodutiva é definida como um estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas como a ausência de doença ou enfermidade, em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo, suas funções e processos.^{5,10}

Considerando que a prevenção e a promoção da saúde, dirigidas aos indivíduos e às suas famílias, fazem parte do conteúdo funcional da MGF, e sendo o PF, com as suas diferentes componentes, uma área explícita da actividade do médico de família que dá resposta a grande parte das necessidades da saúde reprodutiva^{1,5,10}, foi julgado pertinente abordar este tema no relatório.

Metodologia

O CSL não tinha um programa de saúde de PF, pelo que os indicadores seguintes referem-se ao CSSJ (tabela 5). Para que fosse possível realizar uma comparação entre ambos os CS, foram utilizados os dados do CSL de acordo com os indicadores de execução do CSSJ.

Tabela 5 – Indicadores de execução do Programa de PF do CSSJ

Indicadores de execução	2009
Percentagem de mulheres em idade reprodutiva a frequentar as actividades de Planeamento Familiar (esta % obtém-se dos dados do SINUS seleccionando-se para numerador o n.º de 1 ^{as} consultas de Planeamento Familiar/ano e para denominador o n.º de mulheres em idade reprodutiva)	26%
Número médio de consultas de Planeamento Familiar por utente a fazer o programa (dados provenientes do SINUS em que se utiliza para numerador o n.º total de consultas de Planeamento Familiar desse ano e para denominador o n.º de 1 ^{as} consultas de Planeamento Familiar)	1.5
Número de gravidezes em adolescentes com idade igual ou inferior a 15 anos	0*

Recolha de dados efectuada através de:

* Informação do médico

Com estes indicadores pretende-se avaliar de que forma a informação sobre o PF está a ter respostas na população feminina em idade reprodutiva. De certa forma o último indicador dá ênfase ao facto da consulta de PF ser realizada desde cedo, para que se possa tentar evitar gravidezes não planeadas em idades demasiado precoces.

Resultados

Relativamente ao CSSJ foram comparados apenas os primeiros nove meses de cada ano por não ter acesso aos restantes dados do ano de 2009. Observa-se uma ligeira melhoria relativamente ao primeiro indicador (tabela 6), o que poderá indiciar que o resultado anual será igualmente positivo.

A existência de avaliações parcelares dos indicadores, pode fazer ajustar mecanismos de eficácia de modo a poder atingir o objectivo inicial de 26% ao fim de 12 meses.

Posto isto, poderá ser importante continuar a apostar em sessões de educação para a saúde, de forma a incentivar as mulheres em idade reprodutiva a frequentar as consultas de PF.

Quanto aos restantes indicadores, além de se manterem semelhantes, cumprem o objectivo inicial.

Tabela 6 – Resultados do CSSJ

Indicadores de execução	1ºs 9 meses de 2008	1ºs 9 meses de 2009
% de mulheres em idade reprodutiva a frequentar as actividades de Planeamento Familiar	17%	19%
N.º médio de consultas de Planeamento Familiar por utente a fazer o programa	1.44	1.5
N.º de gravidezes em adolescentes com idade igual ou inferior a 15 anos	0*	0*

Recolha de dados efectuada através de:

* Informação do médico

No CSL foram comparados os resultados anuais, uma vez que se acedeu à totalidade dos dados deste CS no ano de 2009.

Os resultados do CSL no ano de 2008 são bastante positivos, o que não se verifica em 2009, pois houve um decréscimo inexplicável relativamente ao primeiro indicador (tabela 7).

Os restantes indicadores mantiveram-se semelhantes.

Tabela 7 - Resultados do CSL

Indicadores de execução	Ano 2008	Ano 2009
% de mulheres em idade reprodutiva a frequentar as actividades de Planeamento Familiar	27%	19%
N.º médio de consultas de Planeamento Familiar por utente a fazer o programa	1.4	1.4
N.º de gravidezes em adolescentes com idade igual ou inferior a 15 anos	0*	0*

Recolha de dados efectuada através de:

* Informação do médico

Comparam-se apenas os resultados do ano 2008 de ambos os CS, por falta de acesso à totalidade dos dados do CSSJ no ano de 2009.

Relativamente ao primeiro indicador, o CSL evidenciou melhores resultados do que o CSSJ, alcançando o objectivo inicialmente proposto. Isto poderá significar que no meio rural há mais mulheres em idade reprodutiva a frequentar a consulta de PF. Talvez estes resultados se devam ao facto de no meio rural se esperar um poder económico menor e por isso existam mais mulheres a usufruir destas consultas no CS. Os restantes indicadores têm resultados similares (tabela 8).

Tabela 8 – Comparação dos resultados de CSSJ e do CSL no ano de 2008

Indicadores de execução	CSSJ	CSL
% de mulheres em idade reprodutiva a frequentar as actividades de Planeamento Familiar	21%	27%
N.º médio de consultas de Planeamento Familiar por utente a fazer o programa	1.5	1.4
N.º de gravidezes em adolescentes com idade igual ou inferior a 15 anos	0*	0*

Recolha de dados efectuada através de:

* Informação do médico

Conclusões

Pela análise geral destes indicadores, pode-se concluir que o indicador que fica mais aquém das expectativas é o primeiro. O que poderá significar que será necessário incentivar ainda mais as mulheres em idade reprodutiva a frequentar as consultas de PF nos CS, quer apostando mais nas estratégias já usadas quer através de novas estratégias e da disponibilização de mais informação relativamente à importância destas consultas.

No que se refere a este mesmo indicador, o CSL no ano de 2008, evidenciou melhores resultados do que o CSSJ, alcançando o objectivo inicialmente proposto. Contudo o mesmo não se verificou em 2009, pois houve um decréscimo inexplicável do primeiro indicador.

Os restantes indicadores tiveram sempre resultados bastante similares, o que poderá indicar que as mulheres a frequentar as consultas de PF vão no mínimo 1 vez por ano ao CS e que a formação e prevenção de jovens adolescentes está a ser feita com sucesso.

Conclusões

A disciplina de MC é considerada de extrema importância no curso de Medicina da FMUP pela diferente abordagem que esta permite na prestação de cuidados de saúde. Por isso o balanço pela realização deste estágio é positivo, uma vez que foi enriquecedor para a formação, tanto a nível profissional como a nível pessoal. Foi possível aprofundar conhecimentos sobre a relação médico-doente e sobre qual a melhor conduta a adoptar numa consulta médica. Assim como ter uma noção mais alargada da importância da promoção e educação para a saúde e a prevenção da doença.

As maiores dificuldades vivenciadas neste estágio prenderam-se com o facto de o CSL se encontrar em obras, o que limitou que usufrísse totalmente do espaço físico do CS. Em relação ao CSSJ, a maior limitação foi ter de dividir as consultas com outra colega o que impossibilitou o completo aproveitamento das 2 semanas de estágio.

Durante a residência infelizmente não houve oportunidade de fazer consultas no domicílio, experiência que gostava muito de ter realizado, não só pela componente prática e profissional desta, mas também porque em termos pessoais teria sido uma experiência gratificante, uma vez que seria uma das formas de levar os cuidados de saúde “o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham”.¹¹

Tendo em conta que vários estudos de investigação comprovam que a família exerce influência no estado de saúde dos seus membros e que os cuidados de saúde são mais eficazes quando existe cooperação entre o médico, o doente e a família¹², a disciplina de MC evidencia-se uma vez mais como fundamental no percurso de qualquer estudante de Medicina, uma vez que o prepara para uma abordagem do doente centrada na família. Este estágio além de permitir o “primeiro contacto” com os doentes, deixou também a ideia do seguimento destes numa abordagem mais familiar, o que além de permitir um contacto mais próximo com estes, poderá ser também impulsionador de melhores resultados.

Bibliografia/Referências

- ¹ WONCA/OMS. *A definição Europeia de Medicina Geral e Familiar*. Barcelona, Espanha: WONCA Europa; 2002.
- ² Orientações da Direcção-Geral de Saúde. *Infertilidade/Saúde Reprodutiva/Cuidados pré-concepcionais*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde; 2008.
- ³ Nunes, E., Candeias, A., et al. *Cessação Tabágica – Programa-tipo de Actuação*. Direcção Geral de Saúde/Gradiva; 2007.
- ⁴ Vidinha, F.. *Implementação do Teste Rápido para Detecção Precoce da Infecção VIH/Sida no Algarva – Confidencialidade e Aconselhamento*. Arquivos de Medicina. 2009. 23 (2): 78-9.
- ⁵ Orientações da Direcção-Geral de Saúde. *Saúde Reprodutiva/Planeamento Familiar*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde; 2008.
- ⁶ Hespanhol, A., Malheiro, A., Pinto, A.S.. *O Projecto “Tubo de Ensaio” – Breve história do Centro de Saúde S. João*. Rev Port Clin Geral 2002; 18: 177-86.
- ⁷ Hespanhol, A., Sousa Pinto, A.. *Cinco Anos de Centro de Saúde São João “Tubo de Ensaio”*. Arquivos de Medicina 2005, 19 (3): 103-111.
- ⁸ INE. Anuário Estatístico da Região Norte 2007. INE; Portugal, 2008.
- ⁹ Libório, T.. *Planeamento Familiar em Cuidados de Saúde Primários*. Abril 2009.
- ¹⁰ Um Grupo de trabalho do Royal College of General Practitioners. *O Clínico Geral do Futuro*. 2ª edição. DCG da FMUP. 1993.
- ¹¹ Conferência Internacional de Cuidados de Saúde Primários. *Declaração de Alma-Ata*. 6-12 de Setembro de 1978. Alma-Ata, URSS.
- ¹² Ribeiro, C.. *Família, Saúde e Doença. O que diz a investigação*. Rev Port Clin Geral 2007; 23: 229-306.

Anexos e Apêndices

Apêndice I – Cronogramas

Meio rural - Centro de Saúde de Lousada (28/09 a 9/10 de 2009)			
1ª Semana		2ª Semana	
Data	Actividades	Data	Actividades
28/09	9h – Seminário	5/10	Feriado <i>Implantação da República</i>
29/09	11h – Consulta programada 16h – Consulta de recurso	6/10	8h – Enfermagem 11h30 – Consulta de cessação tabágica 16h - Consulta de recurso
30/09	8h – Consulta programada. Saúde infantil	7/10	8h - Consulta programada. Saúde infantil
1/10	8h – Consulta programada. Saúde materna 11h – Visita ao Lar Lúcia Lousada	8/10	8h – Consulta programada. Saúde materna 14h30 – Recolha de história clínica no Lar Lúcia Lousada
2/10	8h - Consulta programada	9/10	8h - Consulta programada

Meio urbano – Centro de Saúde do São João (12/10 a 23/10 de 2009)			
1ª Semana		2ª Semana	
Data	Actividades	Data	Actividades
12/10	9h – Seminário	19/10	
13/10	14h – Consulta aberta	20/10	9h – Consulta programada 14h – Consulta de Pediatria
14/10	9h – Enfermagem	21/10	9h30 – Visita ao CAD
15/10	9h – Atendimento/ Consulta telefónica 9h30 – Consulta programada	22/10	14h – Consulta aberta
16/10		23/10	9h – Consulta programada

Apêndice II – Reflexão

Infertilidade

Um casal é considerado infértil se a mulher não engravidar ao fim de **2 anos** de relações sexuais regulares sem cuidados contraceptivos. No entanto, existe consenso em considerar que após **1 ano** deverá ser iniciado um processo de avaliação de eventuais factores envolvidos. A infertilidade pode ser **primária** (quando não houve gravidez prévia) ou **secundária** (nas demais situações, mesmo que a gravidez tenha resultado em aborto ou ectópica). É conveniente que não se confundam os conceitos infertilidade e esterilidade. A **infertilidade** não é necessariamente definitiva, mas trata-se de uma incapacidade temporária de conseguir engravidar. Enquanto que **esterilidade** se define como uma incapacidade absoluta (total) do casal conseguir ter filhos.

A infertilidade tem sido considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um **problema de saúde pública**. É um problema médico, psicológico e social. Estima-se que a infertilidade conjugal atinja na população mundial cerca de **10 a 15%** dos casais em idade fértil, com uma incidência crescente em função da idade dos casais. Nos países ocidentais a infertilidade afecta **1 em cada 7 casais** em idade reprodutiva, o que corresponde a **14%** da população. Em cerca de **30%** dos casos ambos os elementos do casal contribuem para o problema e em **10%** não é possível estabelecer uma causa. Em **30-40%** dos casos é possível identificar um factor masculino. Na mulher a patologia ginecológica está presente em **30-40%** dos casos (disovulação, doença tubária, endometriose). A probabilidade da ocorrência de uma gravidez em cada ciclo menstrual é cerca de **20-25%**. Após um ano, aproximadamente **80%** dos casais terão obtido uma gravidez. Esta proporção sobe para **90%** ao fim de 2 anos.

A fertilidade poderá ainda ser influenciada por factores tais como: a idade da mulher; tipo e frequência das relações sexuais; consumo de tabaco, de álcool ou drogas ilícitas; medicamentos utilizados; hábitos alimentares e estilos de vida; certos tipos de trabalho e/ou lazer; alterações significativas do peso (IMC < 19 e > 29).

Os médicos de clínica geral e familiar são frequentemente o **primeiro contacto** do casal com dificuldade em conseguir uma gravidez. Estes irão iniciar os estudos mais simples (cuidados de saúde primários) e, quando considerarem adequado, irão **referenciar** o casal para um médico especialista (consoante a causa provável de infertilidade) que poderá completar a investigação e efectuar o tratamento mais adequado. Em situações mais complexas, poderá estar indicada a orientação para unidades que disponham de técnicas de procriação medicamente assistida.

Embora a primeira atitude do médico de família seja o diagnóstico ou a eliminação de uma causa médica para o problema, é também necessário identificar algum obstáculo psicológico ou sócio-económico à concepção. Não criar falsas expectativas é por si só um factor preventivo a ter em conta. Alguns casos deverão ser **logo referenciados sem prolongar os estudos**: mulheres com idade ≥ 35 anos; mulheres com idade < 35 anos mas com mais de 24 meses de infertilidade; seropositivos para VIH, hepatite B ou hepatite C; tratamento anterior por cancro (químico e/ou radioterapia); história de factores predisponentes (como amenorreia, oligomenorreia, doença inflamatória pélvica ou criptorquídea).

Decorrido pelo menos 1 ano de relações sexuais regulares e sem contracepção e não sendo possível identificar o factor de infertilidade deverá ser feita uma avaliação clínica do casal exaustiva

(tentando detectar situações de **subfertilidade** que poderão ser corrigidas com simples modificações de hábitos de consumo ou de comportamentos) e ser proposta a realização de **exames complementares de diagnóstico**, antes da referência para os cuidados hospitalares. Este estudo compreenderá também o rastreio serológico das infecções e a confirmação da ingestão de 0,4 mg/dia de ácido fólico. Os exames auxiliares de diagnóstico que se deverão fazer inicialmente passam pela realização de análises hormonais, ecografia pélvica (com sonda endovaginal), espermograma, registo da temperatura basal.

A infertilidade no homem pode ser classificada como sendo de **etiologia** gonádica, gonadotrófica, obstrutiva e funcional, conforme se apresente com azospermia, oligospermia ou contagem normal de espermatozóides. Na mulher entre as principais causas de infertilidade encontram-se a falência da ovulação, obstrução das trompas, doença do útero, muco cervical desfavorável, endometriose, abortos de repetição, patologia do colo do útero e patologia da vagina. O próprio casal poderá ter problemas interpessoais, sofrer de *stress* profissional...

O **tratamento** está dependente da causa de infertilidade, que poderá passar por algo muito simples, como pela utilização de técnicas mais complexas, geralmente usadas em último recurso, tais como: transferência de embriões, gâmetas ou zigotos; diagnóstico genético pré-implantação; injeção intracitoplasmática de espermatozóides e inseminação artificial.

Seja qual for o resultado, o médico de clínica geral e familiar tem um **papel especial** aconselhando, apoiando e acompanhando todo o processo. Frequentemente a infertilidade pode ser **subestimada**. Os médicos de família geral e familiar estão na **posição ideal** para utilizar a confiança estabelecida e confortar os pacientes deles tentando evitar os sentimentos de culpa dos doentes relativamente à infertilidade.

Bibliografia

Goroll, A.H., May, L.A., Mulley, A.G. Cuidados Primários em Medicina. (trad. A. Brito de Sá). Mc Graw Hill, 1999, p.645-650.

Rakel, Robert E. Textbook of family medicine. 7th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2007, p.682-684.

Taylor, Robert B. Family Medicine: principles and practice. 6th ed. New York: Springer, 2003, p.913-915.

Zurro, A. Martin., Pérez, J.F. Cano. Atención primaria: conceptos, organización y práctica clínica. 5ª ed. Madrid: Elsevier, 2003, vol.s 1: p.694-701.

Orientações da Direcção-Geral de Saúde: Saúde Reprodutiva – Infertilidade.

<http://spmr.pt/>

<http://www.apfertilidade.org/web/index.php>

Apêndice III – Folheto

Frete

- É considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um problema de saúde pública.
- Afecta cerca de 10 a 15% dos casais em idade fértil.
- 1 em cada 7 casais não consegue uma gravidez nos primeiros 12 meses.



- Em cerca de 30% dos casos ambos os elementos do casal contribuem para o problema.
- Em aproximadamente 10% dos casais não é possível estabelecer uma causa.



Sites:

www.dgs.pt
www.saudereprodutiva.dgs.pt
www.spmr.pt
www.apfertilidade.org/web/index.php

Elaborado por:

Mariana Silva
Turma 3
FMUP

Medicina Comunitária - Valência Urbana

Centro de Saúde
São João



Saúde
Reprodutiva

INFERTILIDADE

Trás

Infertilidade

O que é?
Um casal é considerado infértil se a mulher não engravidar ao fim de **2 anos** de relações sexuais regulares sem cuidados contraceptivos.
No entanto, considera-se que após **um ano** deve ser iniciado um processo de avaliação de eventuais factores envolvidos.

A Infertilidade pode ser:
Primária-quando nunca houve gravidez.
Secundária-situações que resultam em aborto ou em gravidez ectópica.

A Infertilidade é definitiva?
A **infertilidade** é uma incapacidade temporária de conseguir gravidez. Convém não confundir com **esterilidade**, que se define como a incapacidade **total** do casal conseguir ter filhos.

Factores que influenciam a fertilidade

- Idade da mulher, de forma mais significativa acima dos 35 anos
- Tipo e frequência das relações sexuais
- Consumo de tabaco, de álcool ou drogas ilícitas
- Medicamentos utilizados
- Hábitos alimentares e estilos de vida
- Certos tipos de trabalho e/ou lazer
- Alterações significativas do peso (IMC<19 e >29)

Possíveis causas de infertilidade

<p>♀</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falência da ovulação • Obstrução das trompas • Doença do útero • Muco cervical desfavorável • Endometriose • Patologia do colo do útero e patologia da vagina 	<p>♂</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diminuição do nº de espermatozoides • Espermatozoides com mobilidade reduzida • Espermatozoides com configuração anormal • Ausência de espermatozoides
---	--

• Problemas interpessoais
• Stress profissional
• ...

Quem procurar?
Se tem um problema de infertilidade deverá começar por procurar o seu **médico de clínica geral e familiar**, que poderá iniciar os estudos mais simples e quando considerar adequado poderá referenciar o casal para um médico especialista que poderá completar a investigação e efectuar o tratamento mais adequado.
Em situações mais complexas poderá estar indicada a orientação para unidades que disponham de **técnicas de procriação medicamente assistida**.

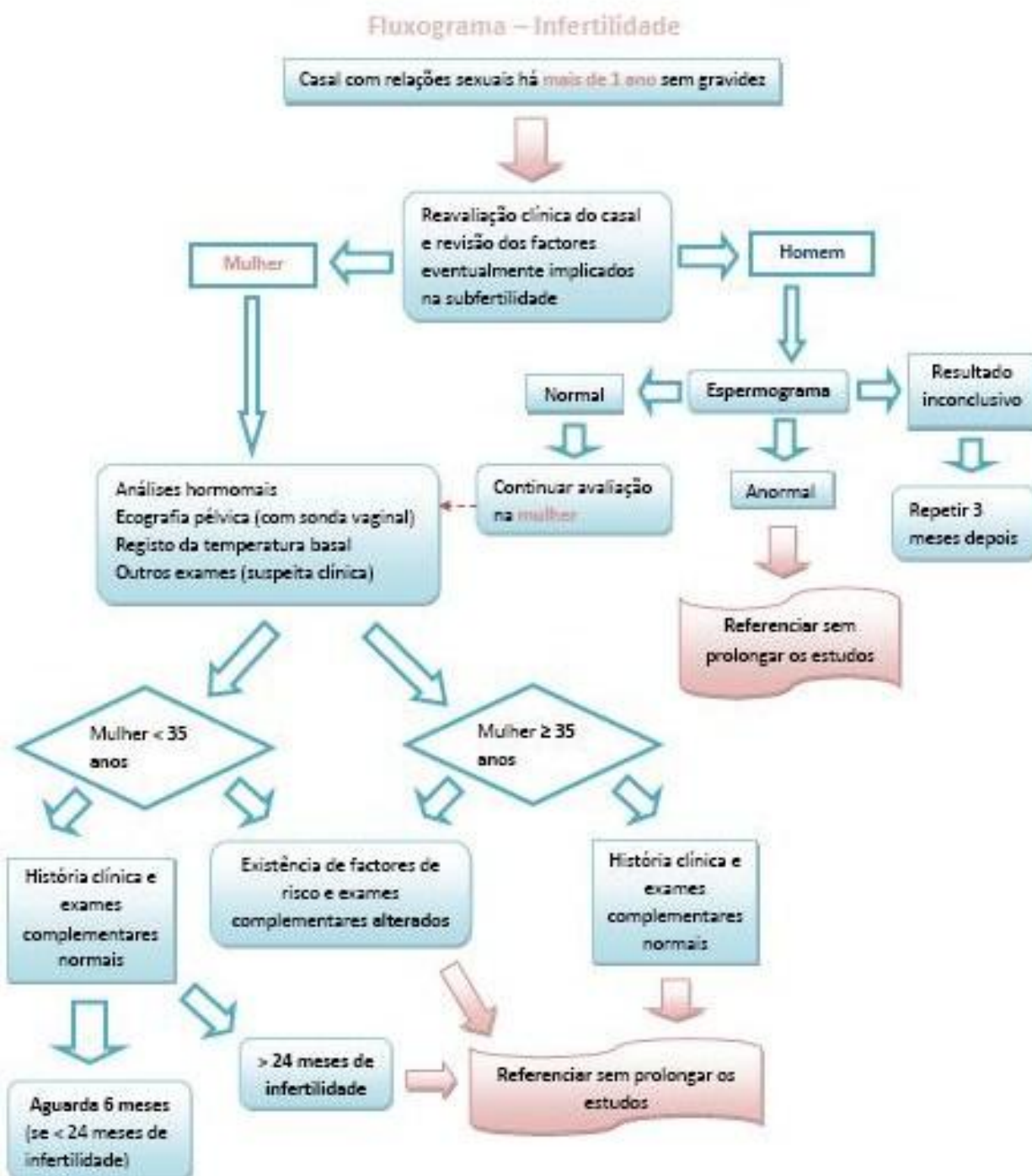
O que são técnicas de procriação medicamente assistida?
É o processo segundo o qual são utilizadas diferentes técnicas médicas para auxiliar à reprodução humana.
Entre as técnicas contam-se a inseminação artificial intrauterina, a fertilização in vitro, a microinjecção intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI - *Intra Cytoplasmic Sperm Injection*) a transferência de embriões ou de gâmetas e o diagnóstico genético pré-implantatório (DGPi).

Mas antes de tudo isto...
Se pretende engravidar vá ao seu médico de clínica geral e familiar e realize uma consulta pré-concepcional.

Apêndice IV – Fluxograma

Medicina Comunitária - Valência Rural

Outubro 2009



Mariana Sampaio Ferreira da Silva – Turma 3

Bibliografia: Orientações da Direcção-Geral de Saúde: Saúde Reprodutiva – Infertilidade

Goroll, A.H., May, L.A., Mulley, A.G. Cuidados Primários em Medicina. (trad. A. Brito de Sá). Mc Graw Hill, 1999, p.645-650.

Apêndice V – Diário de consulta do CSL

Registo de um dia de consultas				
Valência Rural (Centro de Saúde de Lousada) - 1 de Outubro de 2009 Dr. Rui Neto				
Identificação	Motivo (s) da consulta	Problema (s) de Saúde	Referenciar para	Retorno
A.T.R., sexo masculino, 65 anos	Consulta programada. Tumefacção na virilha esquerda, o que ao exame físico se verificou ser uma Hénia inguinal.	Hérnia inguinal à esquerda. HTA.	Cirurgia	
V.J.L.B., sexo masculino, 29 anos	Consulta programada. Pedido de estudo analítico por suspeita de Líquen Plano.	Líquen Plano?		Dermatologia
A.R.F., sexo masculino, 82 anos	Consulta programada. Doente teve alta da urologia. Sem queixas álgicas.	Neoplasia da próstata. Valvulopatia.		Urologia
M.A.S.F., sexo feminino, 66 anos	Consulta programada. Veio mostrar exames (Rx tórax e estudo analítico). Fez cirurgia às cataratas.	Dislipidemia mista. HTA.		Oftamologia
M.I.R., sexo feminino, 55 anos	Consulta programada. Pedido de exames para vigilância de bócio. A doente refere ter palpitações.	Bócio. Palpitações.		
M.A.T., sexo feminino, 33 anos	Consulta programada. A doente refere que por vezes a parte cubital da mão direita fica adormecida e nota que perde alguma força. Queixa-se também de cefaleias intensas associadas a períodos de maior cansaço.	Cefaleias de tensão.		
M.F.L., sexo feminino, 54 anos	Consulta programada. A doente tinha manchinhas avermelhadas na zona peri-umbilical, pregas axilares e nas mamas. Estas estavam associadas a muito prurido que	Escabiose. Insónia.		

	piorava durante a noite.			
A.R.M., sexo feminino, 64 anos	Consulta programada. Veio mostrar Rx à coluna lombar.	Espondiloartrose. I.C. classe III. Bócio.		
M.E.R., sexo feminino, 94 anos	Consulta programada. Doente refere ter tosse com expectoração amarelada. Estava apirética e à auscultação pulmonar tinha roncós.	Bronquite. Diabetes.		
D.P.T.G., sexo feminino, 7 anos	Consulta de recurso. Dor no ouvido direito. Sem mais queixas.	Otite externa no ouvido direito.		
J.L.N.A.S., sexo masculino, 47 anos	Consulta programada. Doente veio mostrar resultado de TAC torácico e de Prova funcional respiratória.	Bronquite. Esteatose hepática.	Consulta anti-tabágica.	
R.C.F.V., sexo feminino, 54 anos	Consulta programada. Doente refere que começou a deitar leite misturado com sangue pelos mamilos. Refere ter algum ardor nos mamilos.	Prolactinoma?		
M.C.D.M., sexo feminino, 25 anos	Consulta de recurso. Dor no flanco esquerdo com irradiação para a face anterior do abdómen. Sem vômitos. Murphy renal positivo.	Colica renal.		
M.M.F., sexo feminino, 41 anos	Consulta de recurso. Doente referiu ter caído das escadas encontrando-se com o olho esquerdo pisado e inchado.	Depressão.	Urgência do Hospital Padre Américo.	

Apêndice VI – Diário de consulta do CSSJ

Registo de um dia de consultas				
Valência Urbana (Centro de Saúde São João) – 15 de Outubro de 2009 Dr.ª Graça Veiga				
Identificação	Motivo(s) da consulta	Problema(s) de Saúde	Referenciar para	Retorno
A.F.B.S., sexo masculino, 54 anos	Consulta aberta. Sem queixas álgicas actuais. Pedido de análises (colesterol total, HDL, creatinina, glicose, triglicéridos).	HTA controlada. Teve pericardite. Hipertrofia cardíaca ligeira. Dislipidemia.		
A.G.M.N., sexo feminino, 51 anos	Consulta aberta. Mantém lombalgias em determinadas posições. Rx da coluna lombar – reacção espondilótica incipiente em L4.	Microlitíase renal bilateral.		
J.M.R., sexo masculino, 68 anos	Consulta aberta. Professor em Alpiarça com problemas de stress intenso com os alunos, que fazem desacatos. Estas situações têm despoletado episódios de angina, necessitando por vezes de medicação para o alívio dos sintomas.	Enfarte cardíaco. Cardiopatía isquémica.		
M.E.F.C., sexo feminino, 85 anos	Consulta aberta. Durante a noite teve dores abdominais intensas. Está agora a fazer o Cotiasar® (100+12,5).	Colecistite. HTA. Osteoporose. Osteoartrose da coluna. Obesidade. Doença diverticular.		
M.R.S.C., sexo feminino, 80 anos	Consulta aberta. Veio à consulta porque mediu a tensão e estava muito alta. Contudo neste dia não tinha tomado a medicação.	Gonartroses. Intolerância aos AINES. HTA. Veias varicosas nas pernas.		
F.A.V.C., sexo feminino, 1 ano	Consulta aberta. Bronquiolites de repetição. Continua com muita tosse e com respiração ruidosa. Rinorreia mucosa. Está a fazer Aeriuss®.	Bronquiolites de repetição.	Pediatria.	
A.R.V.P.S.,	Consulta de Diabetes.	Diabetes mellitus		

sexo feminino. 57 anos	Controlo das tensões e da diabetes. Tem andado com dores no joelho esquerdo. Pedido de hemoglobina glicosilada e de ecografia ao joelho esquerdo.	tipo 2 controlada. HTA. Osteoartrose dos joelhos.		
E.V.M., sexo feminino, 77 anos	Consulta de Diabetes. Continua a ter quedas inexplicadas.	Diabetes mellitus tipo 2. Fractura da coluna lombar aos 55 anos. Insuficiência coronária.	Neurologia.	
M.A.L.S.G., sexo feminino, 61 anos	Consulta adultos. Pedido de baixa. Está a fazer fisioterapia.			
J.O.C., sexo masculino, 72 anos	Consulta adultos. Após o término da fisioterapia esteve sem dor 4-5 dias e tem de novo artralgia durante a marcha no pé esquerdo, quando faz pressão dos dedos dos pés no solo. Queixa-se também de dores ao nível do ráquis e dos joelhos.	Osteoartrose de coluna. HTA controlada. Apneia do sono.		
J.H..N.V., sexo masculino, 34 anos	Consulta adultos. História de cólica renal há 1 mês. Pedido de Ecografia renal, supra-renal e vesical. Pedido de estudo analítico (hemograma, ácido úrico, colesterol total, CPK, creatinina, glicose, proteinograma, TGO, TGP, triglicéridos, urina).	Febre dos fenos/Rinite.		
P.C.S.M., sexo feminino, 37 anos	Consulta adultos. Ontem estava com mialgias e odinofagias. Temperatura axilar: 38,5°C. Fez paracetamol às 10h. Sem contactos aparentes com síndromes gripais. Hoje sem mialgias.	Veias varicosas nas pernas.		

Apêndice VII – História Clínica

História clínica

Identificação

- A.J.F.R., 41 anos, sexo masculino, raça caucasiana, solteiro, natural e residente em Lousada, rececionista no Lar Lúcia Lousada.

Data de recolha da informação: 8 de Outubro de 2009.

Local de recolha: Centro de Saúde de Lousada.

A informação é fiável e foi fornecida pelo próprio.

História da doença actual

Doença de Becker diagnosticada há 25 anos. Veio à consulta para reavaliação do seu estado.

***Doença de Becker (distrofia muscular progressiva)** – distúrbio genético ligado ao cromossoma X, que afecta principalmente crianças do sexo masculino. Caracteriza-se pela degeneração progressiva e irreversível da musculatura esquelética, levando a uma fraqueza muscular generalizada, devido a ausência da proteína distrofina na membrana muscular.*

O doente refere que quando tinha 4 anos os pais começaram a notar que ele caía muito, tendo as quedas vindo a aumentar ao longo do tempo. Diz também lembrar-se de ter dores na perna direita e que com o evoluir dos anos se cansava muito em qualquer tipo de deslocação. Na altura diz que lhe foi recomendado fazer exercício físico, tal como ginástica e natação. O doente não soube especificar mais nenhum tipo de sintoma nem qual o diagnóstico feito na época.

A doença de Becker foi diagnosticada no Hospital Maria Pia quando este tinha 16 anos (no período de tempo decorrido desde os 4 anos até aos 16 anos o doente não se conseguiu recordar de nada relevante). O doente não soube precisar quais os exames realizados para chegar a este diagnóstico. Provavelmente os níveis de creatinocinase estariam muito elevados e a confirmação diagnóstica terá sido feita por uma biópsia muscular e pela realização de testes de DNA. Nessa mesma altura teve de ser operado ao joelho direito (segundo o doente para conseguir andar tinha necessidade de apoiar a mão direita na perna o que lhe causou os problemas no joelho – o doente não soube explicar qual foi o tipo de cirurgia). Começou a necessitar de uma canadiana para andar pela perda de força muscular e pelo desequilíbrio a ela associado.

Com 18 anos caiu e fracturou a perna direita (tíbia e o perónio). Por esta altura já precisava de duas canadianas para conseguir andar. Na sequência desta queda e das dores sentidas nos

membros superiores devido à força empregue nas canadianas começou a necessitar de cadeira-de-rodas.

Faz fisioterapia diariamente há 18 anos, sendo este o único tratamento possível. Sem queixas respiratórias. O doente nunca foi acompanhado por um psicólogo.

Em 2004 teve um AVC que lhe paralisou a metade direita do corpo.

No dia 8 de Junho de 2009 o doente sofreu outro AVC, ficando com a metade esquerda do corpo paralisada e incapacitado de falar. Neste momento já se encontra praticamente recuperado, tendo apenas alguma dificuldade motora. A comunicação verbal já é bastante perceptível. Continua o tratamento diário na fisioterapia.

Antecedentes pessoais (História médica prévia)

Doenças anteriores: Teve um AVC em 2004 (atingimento do lado esquerdo do corpo); a 8 de Junho de 2009 voltou a ter um AVC (atingimento do lado direito do corpo e da fala).

Nega ter HTA, diabetes e doenças respiratórias.

Na infância teve sarampo, mas nega ter tido rubéola e varicela.

Hospitalizações: Em 1984 foi operado ao joelho direito no Hospital Rodrigues Semide; em 1998 teve internado 19 dias no Hospital de Santo António na sequência de uma Hepatite B; em 2004 teve um AVC e esteve 8 dias internado no Hospital Padre Américo.

Cirurgias: cirurgia ao joelho direito em 1984. Não soube especificar o tipo de cirurgia.

Traumatismos: Fracturou a tibia e o perónio da perna direita em 1986.

Nega alergias e transfusões sanguíneas.

Cuidados de saúde habituais

Alimentação: Faz 5 refeições por dia; consumo preferencial de carne; comida com pouco sal.

Nega hábitos tabágicos, consumo de álcool, café e de drogas.

Nos tempos livres costuma ver futebol, ver televisão e ir ao café ter com os amigos. Por vezes sai à noite com os amigos.

Tem o plano nacional de vacinas em dia.

Medicações actuais:

- Perindopril (Coversyl®)
- Carvedilol
- Ácido acetilsalisílico (Aspirina 100®)
- Clopidogrel (Plavix®)
- Diazepam (Valium®)

História social e profissional

Escolaridade: 9º ano

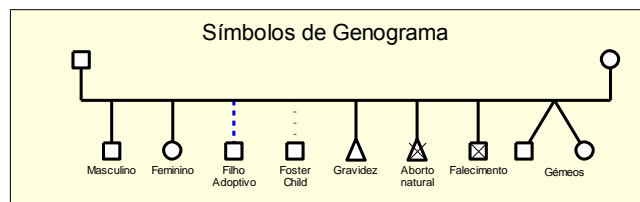
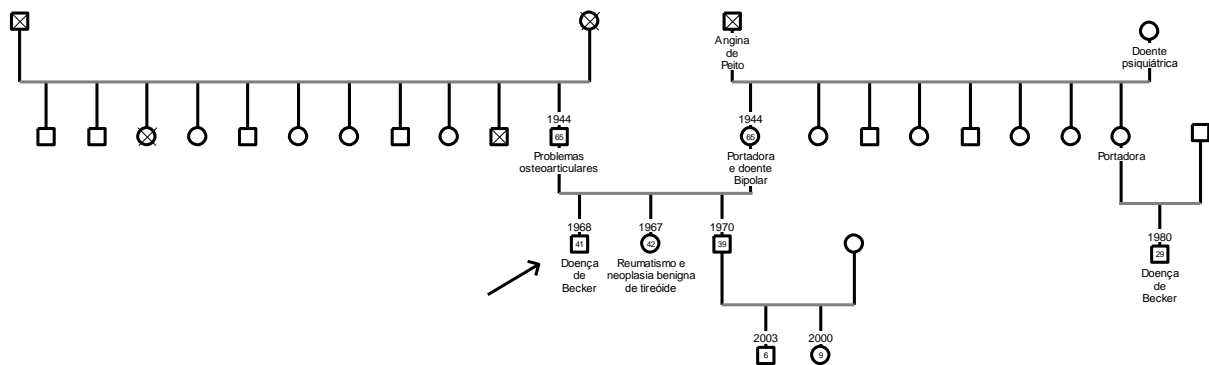
Religião: católica

Habitação com luz, água canalizada e saneamento básico.

Vive com os pais e com uma irmã.

Antecedentes familiares

Genograma

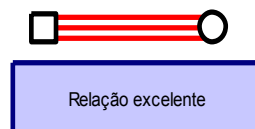
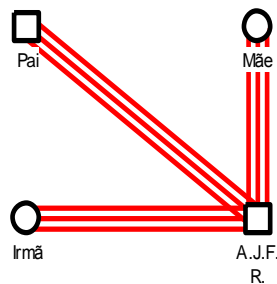


O doente tem doença de Becker, que é uma doença hereditária recessiva associada ao cromossoma X. Existe uma deleção no gene que codifica a proteína distrofina, essencial para a manutenção da membrana da célula muscular. O gene afectado está no braço curto do cromossoma X, na região Xp21. Na maioria dos casos esta é uma doença que é passada da mãe para o filho, pois a transmissão é feita pelo cromossoma X. Como é recessiva, a mulher poderá ser apenas portadora, não manifestando desta forma a doença e podendo-a transmitir às seguintes gerações, quer através das filhas, que poderão ser portadoras quer através dos filhos que irão manifestar a doença, pois não têm outro cromossoma X que possa dominar sobre o que foi transmitido pela mãe.

Neste caso a mãe e a tia do doente eram portadoras, pois os filhos vieram a manifestar a doença. Isto leva a crer que o cromossoma com a deleção Xp21 já lhes (mãe e tia) havia sido transmitido pela mãe.

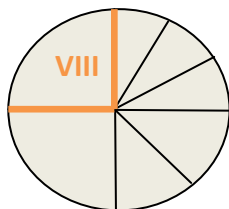
Psicofigura de Mitchel

O agregado familiar do doente é constituído por ele próprio, pela irmã e pelos pais. Segundo o doente a relação com os pais e com a irmã é **muito boa**.



Ciclo de vida familiar de Duvall

Agregado familiar no **estádio VIII** – Progenitores na 3ª idade (desde a reforma à morte dos 2 elementos).



Apgar familiar de Smilkstein

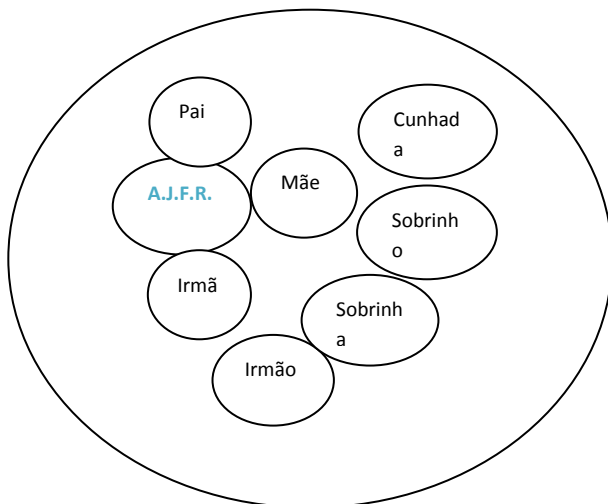
Apgar	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família.	X		
Estou satisfeito com a forma como a minha família discute os assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.	X		
Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar 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 = 10 pontos - Sugere uma família altamente funcional.

Ciclo familiar de Duvall

O doente integra toda a sua família dentro do círculo pois refere dar-se bem com todos eles. Coloca os seus pais e a sua irmã mais perto de si pois considera que a relação é mais forte.

O irmão, a cunhada e os sobrinhos estão um pouco deslocados. Apesar de considerar que se dá muito bem com todos eles, como não vive com estes, sente que a relação não é tão forte como com os restantes.



Exame objectivo

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

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

Parâmetros antropométricos

Peso: 83 Kg

Altura: 1.88 m

IMC: 23.5 Kg/m²

Sinais vitais

Tensão arterial: 145/85 mmHg

Frequência cardíaca: 65 bpm

Frequência respiratória: 18 cpm

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

Auscultação pulmonar: Sons respiratórios presentes bilateralmente e simétricos.

Relação inspiração/expiração normal. Sem ruídos adventícios.

Bibliografia

Caeiro, RT. *Registos clínicos em Medicina Familiar*. Instituto de Clínica geral da zona sul. 1º edição, 1991. Édipo, edição electrónica, Lda.

Anexo I – Decreto de Lei

DIÁRIO DA REPÚBLICA – I SÉRIE-A Lei nº 3 / 84 de 24 de Março Educação sexual e planeamento familiar

A Assembleia da República decreta, nos termos dos artigos 164º, alínea d), e 169º, nº 2, da Constituição, o
Seguinte:

Artigo 1º

(Direito à educação sexual e de acesso ao planeamento familiar)

1. O Estado garante o direito à educação sexual, como componente do direito fundamental à educação.
2. Incumbe ao Estado, para protecção da família, promover, pelos meios necessários, a divulgação dos métodos de planeamento familiar e organizar as estruturas jurídicas e técnicas que permitam o exercício de uma maternidade e paternidade conscientes.

Artigo 2º

(Educação sexual dos jovens)

1. O dever fundamental de proteger a família e o desempenho da incumbência de cooperar com os pais na educação dos filhos cometem ao estado a garantia da educação sexual dos jovens através da escola, das organizações sanitárias e dos meios de comunicação social.
2. Os programas escolares incluirão, de acordo com os diferentes níveis de ensino, conhecimentos científicos sobre anatomia, fisiologia, genética e sexualidade humana, devendo contribuir para a superação das discriminações em razão do sexo e da divisão tradicional, de funções entre mulher e homem.
3. Será dispensada particular atenção à formação inicial e permanente dos docentes, por forma a dotá-los do conhecimento e da compreensão da problemática da educação sexual, em particular no que diz respeito aos jovens.
4. Serão criadas também condições adequadas de apoio aos pais no que diz respeito à educação sexual dos seus filhos.

Artigo 3º

(Objecto do planeamento familiar)

1. O direito de se informar e de ser informado sem impedimentos nem discriminações inclui o livre acesso aos conhecimentos científicos e sociológicos necessários à prática de métodos salutareos de planeamento familiar e ao exercício de uma maternidade e paternidade responsáveis.
2. O planeamento familiar tem por objecto proporcionar aos indivíduos e aos casais informações, conhecimentos e meios que lhes permitam uma decisão livre e responsável sobre o número de filhos e o intervalo entre o seu nascimento.
3. Os métodos de planeamento familiar constituem instrumento privilegiado de defesa da saúde das mães e dos filhos, de prevenção do aborto e da defesa da saúde e da qualidade de vida dos familiares.

Artigo 4º

(Conteúdo do planeamento familiar)

1. O planeamento familiar postula acções de aconselhamento genético e conjugal, de informação de métodos e fornecimento de meios de contracepção, tratamento da infertilidade e prevenção de doenças de transmissão sexual e o rastreio do cancro genital.
2. São do foro pessoal e conjugal as opções sobre meios e métodos contraceptivos.

Artigo 5º

(Centros e meios de consulta sobre planeamento familiar)

1. É assegurado a todos, sem discriminações, o livre acesso às consultas e outros meios de planeamento familiar.
2. Com esse objectivo, o Estado promoverá a cobertura progressiva do território nacional com meios de consulta sobre o planeamento familiar, implantados em todos os centros e postos de saúde, bem como nos serviços de ginecologia e obstetrícia de todos os hospitais, com pessoal devidamente habilitado.
3. As autarquias e as comunidades em que as consultas sobre o planeamento familiar se inserem participam activamente na difusão dos métodos de planeamento familiar, em estreita colaboração com os centros, postos e outras estruturas de saúde.

Artigo 6º

(Gratuidade das consultas sobre planeamento familiar)

1. As consultas sobre planeamento familiar e os meios contraceptivos proporcionados por entidades públicas são gratuitos.
2. As informações e os conselhos prestados devem ser objectivos e baseados exclusivamente em dados científicos.

3. Só pode ser recusada pelos serviços de planeamento familiar a utilização de um determinado método de contraceção com base em razões de ordem médica devidamente fundamentadas.

Artigo 7º

(Divulgação de métodos e meios de planeamento familiar)

1. É dever do Estado e demais entidades públicas, designadamente as autarquias e as empresas públicas de comunicação social, promover e praticar periodicamente, com sentido pedagógico, informação eficaz sobre a existência e as vantagens dos métodos e meios de planeamento familiar, bem como sobre os locais, os horários e o regime de funcionamento dos respectivos centros de consulta.
2. É dever especial dos serviços de saúde, da Comissão da Condição Feminina e das associações de protecção da família colaborar em acções e campanhas de divulgação dos métodos e meios de planeamento familiar.
3. A informação prestada nos termos dos números anteriores deve respeitar os princípios consignados no nº2 do artigo 6º e promover a assunção consciente e responsável de opções em matéria de planeamento familiar.

Artigo 8º

(Incentivo a iniciativas privadas)

O Estado deve incentivar e apoiar iniciativas de associações e outras entidades privadas que visem a difusão dos métodos e meios de planeamento familiar, sem intuits confessionais, políticos, demográficos ou discriminatórios.

Artigo 9º

(Tratamento da esterilidade e inseminação artificial)

1. O Estado deve promover e proporcionar a todos, através de centros especializados, o estudo e o tratamento de situações de esterilidade, bem como o estudo e a prevenção de doenças de transmissão hereditária.
2. O Estado aprofundará o estudo e a prática da inseminação artificial como forma de suprimento da esterilidade.
3. Compete aos centros de saúde detectar e estudar, de acordo com o estado de desenvolvimento da medicina e os meios ao seu alcance, e encaminhar para os centros especializados os casos especializados os casos previstos nos números anteriores.

Artigo 10º
(Esterilização voluntária)

1. A esterilização voluntária só pode ser praticada por maiores de 25 anos, mediante declaração escrita devidamente assinada, contendo a inequívoca manifestação de vontade de que desejam submeter-se à necessária intervenção e a menção de que foram informados sobre as consequências da mesma, bem como a identidade e a assinatura do médico solicitado a intervir.
2. A exigência do limite de idade constante do nº1 é dispensada nos casos em que a esterilização é determinada por razões de ordem terapêutica.

Artigo 11º
(Direito à objecção de consciência)

É assegurado aos médicos o direito à objecção de consciência, quando solicitados para a prática da inseminação artificial ou de esterilização voluntária.

Artigo 12º
(Adopção de menores)

Os centros de consulta para o planeamento familiar prestação informações objectivas sobre a adopção de menores e respectivas consequências sobre a família dos adoptantes e dos adoptados, bem como sobre estes, e colaborarão com os serviços especializados na detecção de crianças que possam ser adoptadas e de indivíduos ou casais que desejam adoptá-las.

Artigo 13º
(Centros de atendimento de jovens)

1. O Estado e as autarquias incentivarão a instalação de centros de atendimento de jovens, em que o planeamento familiar constitua uma valência obrigatória.
2. Nas localidades onde não existam centros de atendimento de jovens poderão estes dirigir-se aos centros de consulta sobre planeamento familiar, onde serão acolhidos e informados tendo em conta o seu grau de desenvolvimento físico e psicológico, bem como as interrogações por ele formuladas, a situação e os problemas por eles expostos.
3. Os centros de atendimento de jovens, bem como os centros de consulta sobre planeamento familiar, agindo por si ou em substituição daqueles, prestarão às famílias e aos estabelecimentos de ensino a colaboração que lhes for solicitada.

Artigo 14º

(Publicidade e prescrição médica)

1. Será regulamentada a publicidade relativa aos produtos ou meios contraceptivos, assegurando que a sua difusão se processe após experiências técnicas e clínicas realizadas de acordo com padrões legalmente fixados.
2. Os meios anticoncepcionais de natureza hormonal só poderão ser vendidos ou fornecidos gratuitamente nos estabelecimentos de saúde mediante receita médica.

Artigo 15º

(Dever de sigilo profissional)

Os funcionários dos centros de consulta sobre planeamento familiar e dos centros de atendimento de jovens ficam sujeitos à obrigação de sigilo profissional sobre o objecto, o conteúdo e o resultado das consultas em que tiverem intervenção e, em geral, sobre actos ou factos de que tenham tido conhecimento no exercício dessas funções ou por causa delas.

Artigo 16º

(Formação Profissional)

Os currículos de formação dos profissionais de saúde envolvidos em acções de planeamento familiar devem incluir o ensino de conhecimentos científicos adequados sobre educação sexual, contracepção e tratamento da infertilidade.

Artigo 17º

(Legislação complementar)

O Governo aprovará, no prazo máximo de 120 dias a contar da entrada em vigor da presente lei, a legislação necessária à regulamentação da execução do que nela se dispõe.

Artigo 18º

(Entrada em vigor)

A presente lei entra em vigor no 30º dia posterior ao da sua publicação.

Aprovada em 14 de Fevereiro de 1984.

O presidente da Assembleia da República, Manuel Alfredo Tito de Morais.

Promulgada em 1 de Março de 1984.

Publique-se.

O Presidente da República, António Ramalho Eanes.

Referendada em 7 de Março de 1984.

O Primeiro-Ministro, Mário Soares.