



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2009/2010

Sara Marques China Pereira
Relatório de Estágio Profissionalizante
em Medicina Comunitária

Abril, 2010

FMUP



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Sara Marques China Pereira
Relatório de Estágio Profissionalizante
em Medicina Comunitária

Mestrado Integrado em Medicina

Área: Cuidados de Saúde Primários

Trabalho efectuado sobre a Orientação de:
Prof. Doutor Alberto Pinto Hespanhol

Abril, 2010

FMUP

Nome: _____

Endereço electrónico: _____

Título da Dissertação / Monografia / Relatório de Estágio:

Nome completo do Orientador:

Nome completo do Co-Orientador:

Ano de conclusão: _____

Designação da área do projecto de opção:

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, ____/____/____

Assinatura: _____

Eu, _____, abaixo assinado, nº
mecanográfico_____, 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, ____/____/____

Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer pelo apoio e colaboração prestada a:

Professor Doutor Pinto Hespanhol, Equipa de Enfermagem, Auxiliares de apoio e vigilância e Administrativos do Centro de Saúde São João.

Dr. China Pereira, Dr. Sá Nogueira, Equipa de Enfermagem, Auxiliares de Apoio e Vigilância e Administrativos do Centro de Saúde de Cabeceiras de Basto.

CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – RELATÓRIO DE ESTÁGIO

RESUMO

O presente relatório tem como objectivo principal descrever a experiência testemunhada durante a Residência de Medicina Comunitária num Centro de Saúde Urbano, Centro de Saúde de São João (CSSJ), e num Centro de Saúde Rural, Centro de Saúde de Cabeceiras de Basto (CSCB).

Os objectivos deste relatório são:

1. Caracterizar os Centros de Saúde;
2. Descrever as actividades realizadas;
3. Contactar com outras instituições da Comunidade;
4. Conhecer os problemas comuns apresentados pelos utentes nos Centros de Saúde (CS) abordados;
5. Reconhecer a importância da Medicina Geral e Familiar (MGF) no ensino pré-graduado de Medicina.

Durante o estágio, as actividades incluíram: visita a instituições da Comunidade; presença em Seminários; realização de uma história clínica no contexto da MGF, de um fluxograma cujo tema era “Provas da Função Tiroideia”, de um desdobrável de Educação para a Saúde cuja explicação consistia em porquê e como se deve combater “ A Estigmatização da Doença Mental”, de uma reflexão crítica subordinada ao tema “ Estigmatização da Doença Mental” e de registos de consultas com foco nos problemas tratados na consulta; realização tutelada de Consulta Aberta; aprendizagem de procedimentos nas salas de Enfermagem; realização de visitas domiciliárias; execução de tarefas, nomeadamente, a apresentação de um trabalho na área da Ética e Deontologia Profissional cujo tema era “Recusa de tratamento durante a gravidez”, realização de um inquérito do ACES sobre a satisfação dos utentes no CSSJ e realização de pequenas cirurgias; permanência no Serviço de Atendimento Permanente (S.A.P.) e realização tutelada de Consultas de Pediatria.

O contacto diário com os doentes no contexto de CSP, a permanência no S.A.P., a visita ao Centro de Paralisia Cerebral do Porto (CPCP), ao Lar Dr. Manuel Fraga, a realização de pequenas cirurgias, a consulta de domicílios entre outras, contribuíram para o alargamento da minha visão do que era a Medicina Comunitária (MC) assim como, para uma aprendizagem sólida de conhecimentos e aptidões, para o meu desenvolvimento profissional e pessoal.

PROFESSIONALIZING INTERNSHIP REPORT – PRIMARY HEALTH CARE

ABSTRACT

This report has for its main goal the description of the experiences in Residence of Community Medicine, in an Urban Health Center, Centro de Saúde de São João (CSSJ), and in a Rural Health Center, Centro de Saúde de Cabeceiras de Basto (CSCB).

The goals that served as a basis for the realization of this report are:

1. The characterization of the Health Centers;
2. Description of the activities;
3. To establish communication with other community institutions;
4. Knowledge of common issues addressed at the level of Health Centers;
5. Recognition of the importance of Family Medicine in pre-graduate medicine.

The activities undertaken during the internship included: the visit a community institutions; the presence in seminars; realization of a clinical history in the context of Family Medicine, an algorithm about Thyroid Function, an Health Education paper about “The Stigma of the Mental Disease”, a reflection on “The Stigma of the Mental Disease” and registry of consultations with focus on the issues addressed in the consultation; the realization of tutored open consultation; learning procedures at nursing rooms; domiciliary visits; developed tasks, like a presentation about Ethics “Do not receive treatment during pregnancy”, help in the realization of an ACES inquire whose title was the satisfaction of the patients in the CSSJ and the realization of primary surgeries; permanency in the Emergency Department and realization of Pediatrics consultations.

The contact with the Primary Health Care patients, the permanency in the Emergency Department, the visit to the Center of Cerebral Paralysis of O’Porto, to the Dr. Manuel Fraga’s Care House, the realization of primary surgeries, the domiciliary visits and others contribute to my vision about the Family Medicine as to a solid learning of facts and skills to my professional and personal development.

ÍNDICE

SIGLAS	6
FIGURAS E TABELAS	6
INTRODUÇÃO	7
OBJECTIVOS DO TRABALHO	7
CARACTERIZAÇÃO DOS CENTROS DE SAÚDE.....	8
DESCRIÇÃO DAS ACTIVIDADES (APÊNDICE I).....	15
SEMINÁRIOS	15
ACTIVIDADES NOS CS/TAREFAS DESENVOLVIDAS	15
VISITA AO CENTRO DE PARALISIA CEREBRAL DO PORTO.....	17
VISITA AO LAR DR. MANUEL FRAGA, EM CABECEIRAS DE BASTO	17
CONCLUSÕES.....	18
BIBLIOGRAFIA	19
APÊNDICES	21
I. CRONOGRAMA DO ESTÁGIO.....	21
II. REFLEXÃO	22
III. DESDOBRÁVEL	27
IV. REGISTOS DE CONSULTA URBANA	29
IV. REGISTOS DE CONSULTA RURAL.....	32
VI. HISTÓRIA CLÍNICA.....	34
VII. FLUXOGRAMA.....	45
VIII. APRESENTAÇÃO “RECUSA DE TRATAMENTO DURANTE A GRAVIDEZ”	47
IX. UNIDADE MÓVEL DE SAÚDE.....	60

SIGLAS

APPC	Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral
CAJ	Centro de Apoio aos Jovens
CG	Clínica Geral
CPCP	Centro de Paralisia Cerebral do Porto
CS	Centro(s) de Saúde
CSCB	Centro de Saúde de Cabeceiras de Basto
CSP	Cuidados de Saúde Primários
CSSJ	Centro de Saúde de S.João
FMUP	Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
ISAVE	Instituto Superior de Saúde do Alto Ave
MC	Medicina Comunitária
MF	Medicina de Família
MGF	Medicina Geral e Familiar
OBS	Observação
OMS	Organização Mundial de Saúde
SAM	Serviço de Apoio Médico
SAP	Serviço de Atendimento Permanente
UFP	Universidade Fernando Pessoa
UM	Unidade Móvel

FIGURAS E TABELAS

Tabela 1	Comparação dos recursos humanos e informáticos existentes em cada CS	p.12
Figura 1	Pirâmide Etária do CSSJ	p.13
Figura 2	Pirâmide Etária do CSCB	p.14
Figura 3	Pirâmide Etária Portuguesa	p.15
Figura 4	Relação de Masculinidade em Portugal	p.15
Tabela 2	Cronograma do Estágio no CSSJ	p.22
Tabela 3	Cronograma do Estágio no CSCB	p.22
Figura 5	Atendimentos realizados na U.M. em 2008	p.64
Tabela 4	Campanhas de Sensibilização realizadas na U.M.	p.65

INTRODUÇÃO

A Medicina Comunitária é uma das disciplinas do 6º ano curricular do Mestrado Integrado em Medicina na FMUP, fazendo também parte deste na área dos CSP, a Medicina Preventiva no 2º ano, Saúde Pública (optativa) e Pediatria (1 semana no CS) no 6º ano.

Os CSP são o centro do sistema de saúde assim como do desenvolvimento social da Comunidade. Constituem o primeiro elemento de um processo permanente de assistência de saúde, trazendo esta assistência ao indivíduo, à Comunidade¹.

Nos CSP segundo a Declaração de Alma Ata da OMS² devem estar inseridos os seguintes:

- Tratamento apropriado das doenças e dos traumatismos correntes;
- Educação sobre os problemas de saúde predominantes e os meios de os prevenir e tratar;
- Vacinação contra as grandes patologias infecciosas;
- Saúde materna e infantil, incluindo o planeamento familiar;
- Prevenção e redução de endemias locais.

Uma vez que 80% dos problemas de saúde são passíveis de serem resolvidos nos CSP^{3,4}, penso que deveria ser dado a estes, um maior ênfase ao longo da formação dos futuros médicos.

A Residência é de 4 semanas dividida em 2 módulos, rural e urbano, ambos realizados em CS.

OBJECTIVOS DO TRABALHO

- Caracterizar os CS;
- Descrever as actividades realizadas;
- Contactar com outras instituições dos CSP;
- Conhecer os problemas comuns nos CS abordados;
- Reconhecer a importância de MGF no ensino pré-graduado de Medicina.

CARACTERIZAÇÃO DOS CENTROS DE SAÚDE

CSSJ

O CSSJ situa-se nas antigas instalações da Extensão da Rua Miguel Bombarda do CS Carvalhosa. No r/c funciona o Serviço de Atendimento Administrativo e de Enfermagem. Tanto o 1º como o 2º pisos possuem 4 consultórios para Clínica Geral e um polivalente para a consulta médica e de enfermagem aos grupos de risco, como hipertensos e diabéticos, e vulneráveis, como saúde materna, saúde infantil, planeamento familiar e vigilância oncológica. O 3º piso possui, para além de uma Sala de Reuniões e Biblioteca, 2 consultórios para CG e um polivalente para a Direcção do CS, Promoção de Saúde e consulta de Psicologia. Todos os andares possuem uma sala de espera e no r/c existe um canto onde há brinquedos e as crianças podem brincar⁵. Na cave, existe o aprovisionamento dos materiais de consumo e administrativo, clínico e farmacêutico e a partir deste ano funcionam neste espaço 2 gabinetes de consulta para a gripe e respectiva sala de espera.

Presta CSP a cerca de 20000⁶ utentes estando distribuídos em média cerca de 2000/médico.

Dispõe de 10 CG: 8 requisitados à ARSNorte, 2 contratados pela FMUP e todos são assistentes da FMUP. Colaboram ainda dois psicólogos que fazem consultas de Psicologia Clínica e uma funcionária contabilista⁵.

Relativamente à enfermagem, estes profissionais estão organizados em equipas de 3 pessoas fazendo uma equipa a manhã e outra a tarde no CS. Outra equipa de 2 enfermeiros faz os domicílios. No total são 16 enfermeiros contratados à tarefa. Os seis administrativos, um deles telefonista, e as 2 auxiliares de apoio e vigilância encontram-se contratados a termo certo⁵.

O CSSJ funciona das 8 às 20h nos dias úteis e assegura as seguintes consultas e serviços: consulta de CG, consulta de vigilância a grupos de risco e a grupos vulneráveis, consulta aberta (não programada), repetição de medicação crónica, domicílio médico ou de enfermagem, tratamentos, injectáveis e vacinas, consulta de Psicologia⁵, atendimento administrativo, contactos telefónicos, informação de locais disponíveis para consulta das 20

às 8h, apresentação de opiniões, sugestões ou reclamações, envio de medicação crónica ou outros impressos ou documentos⁵.

Participa também no ensino pré-graduado através do apoio às disciplinas de Medicina Preventiva e MC, e pós-graduado, na formação de Internos de MGF, Pediatria e Psicologia⁷.

Realiza ainda, através dos Serviços de Acção Social da Universidade do Porto, a prestação de cuidados médicos a estudantes e funcionários da Universidade do Porto⁵.

Interage com o Centro Hospitalar do Porto e Hospital de S.João.

CSCB

O CSCB situa-se na Praça Arcipreste Barreto. Dele, também, fazem parte 2 extensões nas freguesias de Cavez e Arco de Baúlhe.

No r/c funciona o SAP (com 2 enfermarias OBS e 1 sala de tratamentos), sala de INEM, Esterilização, sala de aprovisionamento e Farmácia. No 1º piso funciona CAJ, Serviços de Acção Social, Recepção, Sala de Espera, 9 Consultórios Médicos, 2 Salas de Tratamento e 9 Gabinetes de Enfermagem. No 2º piso funciona a sala de reuniões, bar, Serviços de Saúde Pública, Cuidados Continuados e Gabinetes da Direcção.

Presta CSP a 19208 utentes estando distribuídos em média cerca de 1758/médico.

Dispõe de 11 CG. Colaboram ainda 1 Assistente Social e 1 Técnica de Saúde Pública.

Integram também este CS, 26 enfermeiros, 18 administrativos e 20 auxiliares de apoio e vigilância.

O CSCB funciona das 8 às 20h nos dias úteis e assegura as seguintes consultas e serviços: consulta de MGF, consulta de vigilância a grupos de risco e a grupos vulneráveis, consulta aberta, repetição de medicação crónica, domicílio médico ou de enfermagem, tratamentos, injectáveis e vacinas, consulta de Nutrição, Serviço de Acção Social, Serviço de Saúde Pública, Consulta de Tuberculose Pulmonar, atendimento administrativo, contactos

telefónicos, apresentação de opiniões, sugestões ou reclamações, envio de medicação crónica ou outros impressos ou documentos.

O SAP funciona 24 horas por dia.

Participa também no ensino pré-graduado através do apoio às disciplinas de MC da FMUP, às disciplinas de M.F.1, M.F.2, Avaliação Família 1 e Avaliação Família 2 da Universidade do Minho, e pós-graduado, na formação de Internos do Ano Comum e Internos de formação específica de MGF.

Participa também na formação de alunos de Enfermagem do I.S.A.V.E., Escola de Enfermagem Calouste Gulbenkian e U.F.P.

Interage com o Centro Hospitalar do Alto Ave.

RECURSOS DOS CS

	CSSJ	CSCB
Recursos Humanos	10 Médicos Especialistas em MGF 16 Enfermeiros 6 Administrativos 2 Auxiliares de Apoio e Vigilância 2 Psicólogos 1 Podologista	11 Médicos Especialistas em MGF 26 Enfermeiros 18 Administrativos 20 Auxiliares de Apoio e Vigilância 1 Nutricionista 1 Assistente Social 1 Técnica de Saúde Pública
Recursos Informáticos	Higia SAM Alert P1 SINUS DiabCare	SAM Alert P1 SINUS DiabCare

Tabela 1 - Comparação dos recursos humanos e informáticos existentes em cada CS

Relativamente aos recursos informáticos pode constatar-se que são semelhantes com excepção do Higia o qual é exclusivo do CSSJ.

No que diz respeito aos recursos humanos o CSCB tem bastante mais enfermeiros, administrativos e auxiliares de apoio e vigilância uma vez que os utentes estão distribuídos pela sede e por mais 2 extensões e também devido ao funcionamento do SAP.

Os registos clínicos são feitos exclusivamente em suporte informático através dos programas Higia, no CSSJ, e SAM e DiabCare, em ambos, segundo o método SOAP (suporte informativo e meio de comunicação, o qual reflecte a qualidade dos cuidados médicos, contribui para a formação e para a investigação)⁸. O programa DiabCare permite a monitorização dos utentes diabéticos, segundo as normas estabelecidas na Declaração de St. Vincent. O Alert P1, para referenciação de doentes, e Sinus, para fins administrativos, são utilizados em ambos CS.

ESTUDO DEMOGRÁFICO DOS CS

CSSJ

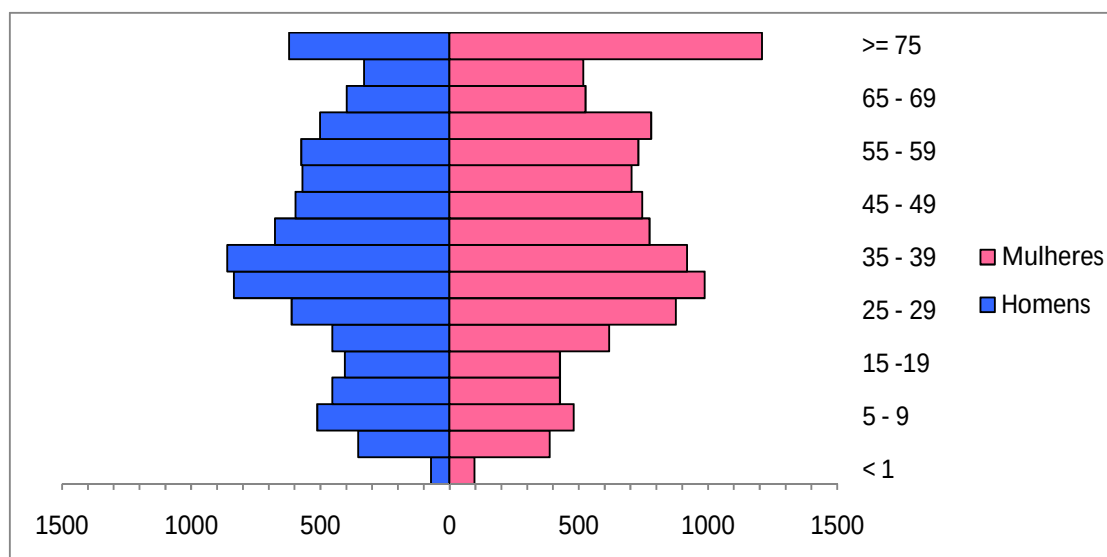


Figura 1 - Pirâmide Etária do CSSJ

Classe etária predominante: 35-39 anos para o sexo masculino; >=75 anos para o sexo feminino.

Índice de envelhecimento* : 129,46%.

Relação de Masculinidade: predomina o sexo feminino (55.93%).

* Representa o quociente entre a população idosa (≥ 65 anos) e a população jovem (0-14 anos).

CSCB

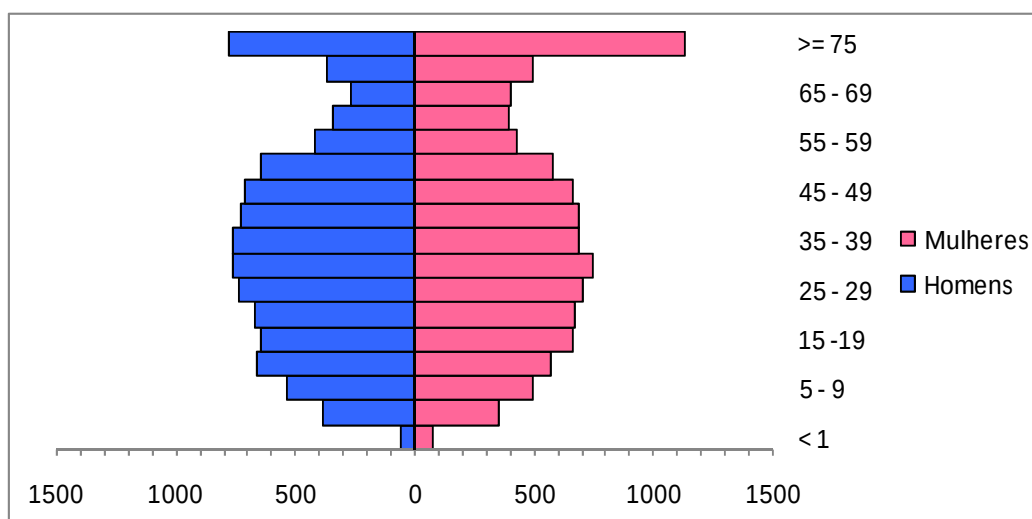


Figura 2 - Pirâmide Etária do CSCB

Classe etária predominante: >=75 anos para ambos os sexos.

Índice de envelhecimento: 110,0%.

Relação de Masculinidade: sem grandes diferenças (50.59% - sexo feminino).

No CSSJ verifica-se uma grande disparidade no que diz respeito à classe etária predominante nos 2 sexos e no item da Relação de Masculinidade predomina o sexo feminino embora não exista uma grande diferença.

No CSCB a classe etária predominante é semelhante para os 2 sexos assim como o número de homens e mulheres no total é quase igual.

Em ambos os CS verifica-se uma “inversão” das pirâmides etárias, como resultado da baixa fecundidade e um aumento da longevidade devido à melhor qualidade e acesso aos Serviços de Saúde, o que é coincidente com a pirâmide etária portuguesa⁹.

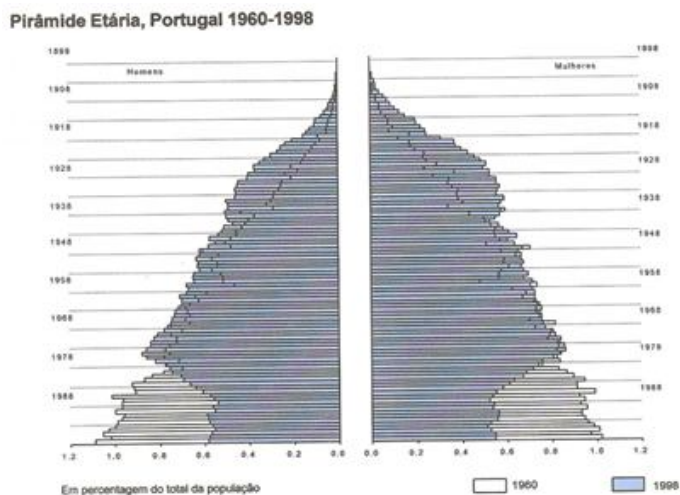


Figura 3 - Pirâmide Etária Portuguesa

A relação de masculinidade diminui à medida que se avança na idade, devido essencialmente ao fenómeno de sobre-mortalidade nas diferentes idades⁹.

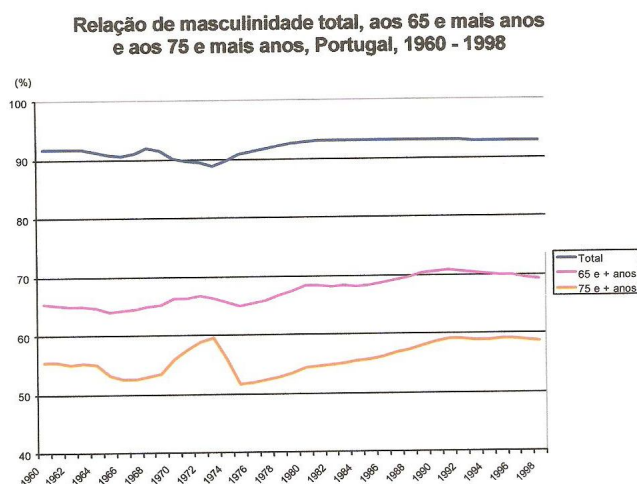


Figura 4 - Relação de Masculinidade em Portugal

DESCRIÇÃO DAS ACTIVIDADES

As actividades de MC tiveram início no dia 7 de Dezembro de 2009 e finalizaram no dia 15 de Janeiro de 2010.

Seminários

Realizaram-se 2 seminários no início de cada um dos módulos subordinados aos seguintes temas¹⁰:

- Organização do Centro de Saúde. A consulta e os registos. Consulta de grupos de risco ou vulneráveis. Rastreios. Imunizações. Saúde Pública.
- Problemas da família. Epidemiologia da Clínica Geral. Prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças comuns.
- Planeamento familiar. Saúde da Mulher. Saúde Infantil. Saúde Escolar e do Adolescente.
- Problemas dos Idosos e seus cuidados. Cuidados terminais^{11,12,13}.

Actividades nos CS/Tarefas desenvolvidas

Nos dois CS foi-me atribuído um tutor, os quais contribuíram para o meu enriquecimento académico e profissional

Particpei activamente nas actividades dos CS nomeadamente nas colheitas de histórias clínicas(Apêndices IV,V e VI), registos dos dados nos programas informáticos disponíveis, permanências no S.A.P., realização de pequenas cirurgias, domicílios e actividades nas salas de Enfermagem.

Foi-me dada a possibilidade de fazer consultas sozinha no CS e no S.A.P., tendo depois de acabada a consulta sempre a obrigação de relatar ao tutor o que se passou e depois ele próprio fazer a sua consulta, o que me permitiu ganhar uma nova consciência acerca das minhas responsabilidades enquanto futura médica, não só no plano de conhecimentos científicos, como éticos e da própria comunicação com o doente.

Constatei também o preconceito e estigma com os quais ainda são vistas certas doenças, o que me acabou por proporcionar o tema para a reflexão crítica e desdobrável de Educação para a Saúde, “Estigmatização da Doença Mental”, aquando da minha permanência no CSSJ (*Apêndices II e III*).

Tive também uma abordagem mais profunda no que à função tiroideia diz respeito, o que me permitiu, posteriormente, construir um fluxograma acerca das “Provas da Função Tiroideia” (*Apêndice VII*).

Outra das actividades, no módulo rural, era a realização de uma história clínica no contexto de MGF. Apercebi-me então da diferença existente entre este modelo de história e os anteriores por mim feitos. Com o recurso a esquemas como o Circulo Familiar de Thrower e a Linha de Vida de Medalie, por exemplo, a abordagem médica é mais profunda e enquadra melhor os problemas dos utentes e a sua dinâmica familiar.¹⁴ (*Apêndice VI*).

Nesta Residência tive também a oportunidade de realizar com a ajuda do tutor duas pequenas cirurgias (uma exérese de um quisto sebáceo na região femural direita e uma exérese de um quisto de milia no olho esquerdo). Pus em prática também diversos procedimentos de Enfermagem como fazer pensos, administrar vacinas e injectáveis e pesquisa da glicemia capilar.

Fiz, também, um domicílio com o tutor do módulo rural, actividade que me permitiu adquirir uma perspectiva de trabalho diferente, com necessidades diferentes quer da parte do utente quer do médico.

Como actividades complementares, colaborei no CSSJ na realização de um inquérito do ACES sobre a satisfação dos utentes daquele CS. No CSCB, juntamente com a colega de MC, fiz uma apresentação na área da Ética e Deontologia Profissional subordinado ao tema “Recusa de tratamento durante a gravidez” (*Apêndice VIII*). Ainda no CSCB tive a oportunidade de conhecer e trabalhar num projecto inovador, uma Unidade Móvel de Saúde (*Apêndice IX*) que faz rastreios e campanhas de sensibilização.

Visita ao Centro de Paralisia Cerebral do Porto

Esta visita permitiu o meu primeiro contacto com este tipo de instituições (APPC).

Esta Instituição Particular de Solidariedade Social, de e para pessoas com deficiência, é composta por pais, amigos, técnicos e pessoas com deficiência. Pela natureza intrínseca à sua constituição não tem fins lucrativos e as suas fontes de receitas resultam em grande percentagem dos protocolos de prestação de serviços que anualmente estabelece com organismos governamentais, mas também do empenho, apoio e colaboração de todos.

Visita ao Lar Dr. Manuel Fraga, em Cabeceiras de Basto

O Lar Dr. Manuel Fraga, pertencente à Santa Casa da Misericórdia de S.Miguel de Refojos, foi inaugurado a 14 de Maio de 1989 e tem o nome daquele que, tendo sido Provedor da Misericórdia neste concelho durante cerca de 40 anos, lutou para que fosse criada esta Instituição.

Trata-se de um espaço amplo, arejado e com boa luminosidade. Está preparado para responder às necessidades de 68 utentes, tem 31 quartos sempre na sua lotação máxima e existe permanentemente, uma grande lista de espera. Acolhe idosos de ambos os sexos, de diversos estratos sócio-económicos, provenientes na sua maioria do concelho de Cabeceiras de Basto.

Neste Lar trabalham 3 Irmãs: uma é educadora social (a Irmã directora), outra enfermeira e a terceira é auxiliar de enfermagem. Existe uma médica que dá apoio aos utentes do Lar. Aqui, trabalham ainda 20 auxiliares de serviços gerais, 1 cozinheira, 1 secretário e 1 chefe de compras.

Há uma assistência espiritual e religiosa aos utentes do Lar.

Durante o dia, na sala de convívio, os idosos têm possibilidade de ver televisão, participar em jogos, sessões de Ginástica, e preparação de festas e convívios. Podem ainda fazer jardinagem e ajudar nalgumas tarefas domésticas. Os idosos com menos limitações podem mesmo fazer passeios até ao centro da vila.

CONCLUSÕES

Após o término desta Residência a principal conclusão a tirar é de facto a posição privilegiada da Medicina Comunitária numa população no que diz respeito à prevenção da doença, promoção e educação para a saúde. Enfatizando o papel do Médico de Família como educador do utente de uma forma particular, pessoal e mais próxima.

Os dois CS onde estive são um exemplo de bom funcionamento e que os CSP constituem o primeiro elemento de um processo permanente de assistência de saúde, trazendo esta assistência ao indivíduo, e à Comunidade.

No final, todas as actividades realizadas e oportunidades que me foram dadas em ambos os CS contribuíram para a minha aprendizagem assim como para o meu desenvolvimento como médica e como pessoa.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Queiroz, S. Relatório de Estágio Profissionalizante em Medicina Comunitária. Tese de Mestrado Integrado da FMUP 2008/2009.
- (2) Declaração de Alma – Ata, Declaração de Edimburgo e Objectivos de Desenvolvimento do Milénio – WEB.
- (3) World Health Organization. The World Health Report 2008: Primary Health Care Now More Than Ever: WHO Press. p.3, 11-2, 48-9.
http://www.who.int/entity/whr/2008/whr08_en.pdf
- (4) World Health Organization. Active ageing: Towards Age-Friendly Primary Health Care. France: Marketing and Dissemination; 2004.p.7.
<http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241592184.pdf>
- (5) Hespanhol, A., Sousa Pinto, A. Cinco Anos Do Centro de Saúde São João. “Tubo de Ensaio”. Arquivos de Medicina 2005; 19 (3): 103-111.
- (6) Hespanhol, A., Malheiro A, Pinto AS. O Projecto “Tubo de Ensaio”. Breve história do Centro de Saúde São João. Rev Port Clin Geral 2002; 18:171-86.
- (7) Hespanhol, A., Veiga, G., Riçou, M .Consulta de Psicologia Clínica no Centro de Saúde São João: Assegurar Qualidade na perspectiva de Gestão. Revista Portuguesa de Psicossomática, 2005; 7 (1/2): 60-4.
- (8) Queiroz, M. SOAP revisited. Rev Port Clin.Geral 2009; 25:221-7.
- (9) Instituto Nacional de Estatística. Estimativas de População Residente-2007. Portugal: INE; 2008.p.5-6.
- (10) http://sigarra.up.pt/fmup/web_page.inicial
- (11) “ O Clínico Geral do futuro. Aprendizagem e ensino” – edição do Departamento de Clínica Geral, 1990.

- (12) “ A Consulta. Uma abordagem à aprendizagem e ensino” (Pendleton, D., Schofield, T., Tate, P. e Havelock, P.) – Edição do Departamento de Clínica Geral, 1993.
- (13) “Problemas de Família” (Peter Williams) – Edição do Departamento de Clínica Geral, 1994.
- (14) Caeiro RT. Registos Clínicos em Medicina Familiar. Lisboa: Instituto de Clínica Geral da Zona Sul, 1991.

Restante material consultado:

- Hespanhol, A., Vieira, A., Pereira, A.C. Qualidade Organizacional do Centro de Saúde São João – motivações na procura de cuidados e satisfação dos utentes. RFML 2004; série III; 9(6): 391-8.
- Hespanhol, A., Malheiro A, Ferreira da Silva, G., et al. Ensino da Medicina Geral e Familiar na Faculdade de Medicina do Porto. Educação Médica 2003; 2ª série: 1-45.
- <http://www.mgfamiliar.net>
- <http://www.dgs.pt/>

APÊNDICES

I. CRONOGRAMA DO ESTÁGIO

Centro de Saúde São João

Data	07/12/09	08/12/09	09/12/09	10/12/09	11/12/09
Actividades	Seminário Consulta de MGF	Feriado	Inquéritos: "Qual a sua opinião sobre esta US?"	Visita ao CPCP	Enfermagem

Data	14/12/09	15/12/09	16/12/09	17/12/09	18/12/09
Actividades	Consulta de MGF	Consulta de Pediatria	Biblioteca Departamento Clínica Geral	Consulta de MGF	Enfermagem Consulta de MGF

Tabela 2 - Cronograma de Estágio no CSSJ

Centro de Saúde de Cabeceiras de Basto

Data	04/01/10	05/01/10	06/01/10	07/01/10	08/01/10
Actividades	Seminário	Consulta de MGF	Consulta de MGF Visita ao Lar Dr. Manuel Fraga S.A.P.	Consulta de MGF Pequena Cirurgia	Consulta de MGF Enfermagem

Data	11/01/10	12/01/10	13/01/10	14/01/10	15/01/10
Actividades	Consulta de MGF Pequena Cirurgia	Consulta de MGF S.A.P.	Consulta de MGF Unidade Móvel de Saúde	Consulta de MGF Apresentação "Recusa de tratamento durante a gravidez"	Consulta de MGF Enfermagem

Tabela 3 - Cronograma de Estágio no CSCB

Estigmatização da Doença Mental

Introdução

A estigmatização é transversal no tempo. Ao longo da história da Humanidade está presente nos mais diversos campos como por exemplo, orientação sexual, etnia, estatuto sócio-económico e saúde dos indivíduos.

A doença mental despertou desde cedo curiosidade no Homem pelo que muitas explicações foram dadas à custa de seres divinos e artifícios próprios das diferentes épocas.

Porém, actualmente, é possível constatar que há ainda na nossa sociedade, preconceitos relativamente à doença mental, doentes mentais e profissionais de saúde da área da psiquiatria e saúde mental.

A separação do corpo e da mente contribui para o estigma da doença mental à qual não é atribuído o mesmo valor de outras doenças somáticas [1].

O estigma ligado à doença mental leva a uma sub-estimação, sub-diagnóstico e sub-tratamento da mesma [2].

O doente mental é muitas vezes vítima de discriminação em muitos campos como o acesso à educação, o apoio familiar, o acesso ao mercado de trabalho, círculo de amigos e prestação de cuidados de saúde.

Preconceitos

As crenças religiosas, as ideias filosófico-metafísicas, a estrutura social, política e económica são factores que ao longo da história contribuíram para formar o conceito de doença mental [3].

O conceito de preconceito é transversal no tempo e como tal sempre acompanhou o Homem, independentemente do meio cultural em que estivesse inserido.

A doença mental não foi excepção e, como tal, também ela foi alvo de diversos preconceitos sendo estes não estáticos e moldáveis a cada época. Os doentes mentais foram muitas vezes privados dos seus direitos enquanto cidadãos.

Todo o preconceito relativo à doença mental tem que ver com o sentimento despertado na sociedade pela doença mental, que é muito diferente do despertado por uma qualquer doença somática.

Contudo, há que fazer a ressalva que muito deste preconceito e associação da doença mental a entes misteriosos e divinos e, todo o ambiente de terror à volta destas descrições, deve-se em parte ao facto de o conhecimento científico nesta área ser recente. Portanto, havia uma necessidade de explicar os factos e como não havia conhecimentos científicos para isso, a ignorância servia-se destes artifícios.

A primeira vez que as doenças mentais foram consideradas com um espírito racionalista e o médico procedeu liberto de preconceitos teúrgicos, examinando portanto os doentes com um espírito científico, foi na Grécia Clássica [3].

Actualmente o preconceito relativo à doença mental ainda existe. Provavelmente não tão forte dado que a ciência já consegue explicar muitos itens, mas um olhar mais atento vê o preconceito primitivo apenas disfarçado numa máscara de superficialidade.

Definição de Estigma[4]

- Refere-se que o estigma é a expressão social do “disempowerment” pois promove a expectativa, quer no público em geral, quer nas pessoas com doença mental, de que estas são incapazes de assumir responsabilidades e viver independentes. Segundo o autor, o estereótipo mais frequente é o medo, assim sendo os doentes mentais devem ser temidos pela sociedade e excluídos da mesma.
- O estigma traduz-se numa resposta da comunidade aos eventuais factores de incapacidade dos indivíduos que a possuem.
- Através do processo de estigmatização, alguns indivíduos são sistematicamente excluídos de determinadas interações sociais por possuírem características que os distinguem dos outros ou por pertencerem a um grupo social particular.

- Uma pessoa estigmatizada é aquela cuja identidade social ou pertença a uma determinada categoria social é desvalorizada pelos outros.

Pressupostos estigmatizantes da Doença Mental

Os pressupostos estigmatizantes da Doença Mental levam a comportamentos de aversão, exclusão e rejeição.

Está, ainda, muito vincada na sociedade actual a ideia de que o doente mental simula, lamenta-se excessivamente e vê na sua doença uma fuga às responsabilidades. A sociedade encara a doença mental como perigosa e culpável e como tal isola e rejeita o doente mental. Para o isolamento e estigmatização do mesmo também, muito contribui o pressuposto de que será difícil comunicar com um doente mental.

De entre estes pressupostos, a violência atribuída às doenças psiquiátricas é talvez o mais tendencioso e contribui para a persistência de outros aspectos da estigmatização.

Um sentimento de insegurança existencial aparece quando se reconhece a instabilidade mental e vulnerabilidade de uma pessoa mentalmente doente, e mais se intensifica o processo de divisão em dois grupos: o “nós” e o “eles” [2].

Torna-se, no entanto, interessante constatar que esta visão ignora o facto que actualmente 400 milhões de pessoas no mundo sofrem de perturbações mentais. Um em cada 4 europeus, em alguns países 1 em cada 3, vão ter uma perturbação mental em algum momento da sua vida.

Consequências da estigmatização no Doente Mental

Saúde mental e bem-estar são fundamentais para a qualidade de vida; são elementos básicos de coesão social, produtividade, paz e estabilidade (Declaração Europeia de Saúde Mental, Plano de acção para saúde mental na Europa) [2].

Uma grande quantidade de causas conhecidas, sintomas e opções de tratamento de perturbações mentais e o contacto pessoal com pessoas que sofrem destas perturbações, podem levar a atitudes prejudiciais e negativas sobre eles e subsequentemente à estigmatização, exclusão social e discriminação. No local de trabalho, ou quando estão à procura de um apartamento, a distância social e exclusão são consequências frequentes da estigmatização que persegue a doença mental.

O estigma é uma marca que distingue, que estabelece uma barreira entre a pessoa estigmatizada e os outros que atribuem características negativas a essa pessoa.

Os doentes mentais são frequentemente reconhecidos como “estranhos” a quem não é permitido encontrar um lugar adequado na sociedade [2].

Os indivíduos com doença mental não são os únicos afectados pelo estigma, mas também pessoas que a si sejam próximas [5].

Designa-se este fenómeno, também como estigma associativo ou por associação, porque reflecte a ideia de que o preconceito e a discriminação, vivenciadas por pessoas com problemas psiquiátricos, afectam também a família, os prestadores de cuidados e elementos a elas associadas [6].

O medo de receber respostas indesejáveis e a perda dos amigos criam uma barreira adicional às pessoas com doença mental, da qual resulta a necessidade de manterem em segredo a sua doença aprendendo a não revelar os seus diagnósticos bem como estratégia de sobrevivência pessoal, e assim evitar respostas hostis por parte da comunidade.

O segredo afasta os indivíduos do suporte emocional e social levando a uma restrição dos contactos e das redes interpessoais e também à não procura de assistência médica e não comparência no local de trabalho e na escola [6].

CONCLUSÃO

A promoção da saúde mental deve ser feita e encorajada, pois melhora a qualidade de vida, bem-estar e dignidade de toda a população.

Estão ainda enraizados no seio da sociedade uma série de erros e preconceitos relativos à doença mental como os seguintes: o doente mental é perigoso e pouco comunicativo, a doença mental é fruto do imaginário, reflecte a debilidade de carácter, é manipuladora, é incurável e o “outcome” é reservado [7].

O estigma ligado à doença mental leva frequentemente a sub estimação, sub diagnóstico e sub tratamento das perturbações mentais. O ser humano que sofre de doença mental é muitas vezes reconhecido como “estranho” [2].

Há uma evidência forte que pessoas com diagnóstico de doença mental, por exemplo, têm menos acesso a cuidados de saúde primários [8].

O combate ao estigma e à discriminação é de importância vital, pela humanidade.

BIBLIOGRAFIA

- [1] CRISP, A. (2006). The tendency to stigmatise. *Royal College of Psychiatrists 'anti-stigma campaign' Changing Minds: Every Family in the land'*; pp. 207-215.
- [2] BAUMANN, A.E. (2007). Stigmatization, social distance and exclusion because of mental illness: The individual with mental illness as a "stranger". *International Review of Psychiatry*, April 2007; 19(2); 131-135.
- [3] GUERRA, J.M., Manual de psiquiatria clínica – *Formação histórica dos erros e preconceitos em higiene mental*- 2ª edição, Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa, 2002, pp.14-20.
- [4] HAGHIGHAT, R., A unitary theory of Stigmatization. *Department of Psychiatry and Behavioural Sciences, Middlesex hospital, London*; pp.197-199.
- [5] <http://www.mgfamiliar.net>
- [6] MONTEIRO, F., MADEIRA, T., (2007) *Considerações sobre doença mental e comunicação social. Análise Psicológica*; 1(XXV): 97-109.
- [7] CLARE, A., New oxford textbook of Psychiatry – *Public attitudes and the problem of stigma: Psychiatry and the media* – Volume 1 pp.256-258.
- [8] GOROLL, A.H., May, L.A., Mulley, A.G. *Cuidados Primários em Medicina*. (trad. A. Brito de Sá). Mc Graw Hill, 1999.

III. DESDOBRÁVEL

Estigmatização

Estigma/Preconceito

- Todo o preconceito relativo à doença mental tem que ver com o sentimento despertado na sociedade pela doença mental, **medo** muitas vezes, que é muito diferente do despertado por uma qualquer outra doença.
- Associação da doença mental a seres misteriosos e divinos, desde sempre porque o conhecimento científico nesta área é recente.
- O estigma promove a expectativa, quer no público em geral, quer nas pessoas com doença mental, de que estas são incapazes de assumir responsabilidades e viver independentes.
- Uma pessoa estigmatizada é aquela cuja identidade social ou pertença a uma determinada categoria social é desvalorizada pelos outros.



da Doença Mental

Consequências

- 1- Os doentes mentais são, frequentemente, reconhecidos como “estranhos” a quem não é permitido encontrar um lugar adequado na sociedade;
- 2- Os indivíduos com doença mental não são os únicos afectados pelo estigma, mas também pessoas que a eles sejam próximas;
- 3- O medo de receber respostas indesejáveis e a perda dos amigos criam uma barreira adicional às pessoas com doença mental, da qual resulta a necessidade de manterem em segredo a sua doença;
- 4- O segredo afasta os indivíduos do suporte emocional e social e também leva à não procura de assistência médica e à não comparência no local de trabalho e na escola;
- 5- O estigma pode exacerbar o stress e as suas consequências na saúde, acentua as diferenças nos estratos sócio-económicos e os riscos para a saúde associados, e atrasa tratamentos.



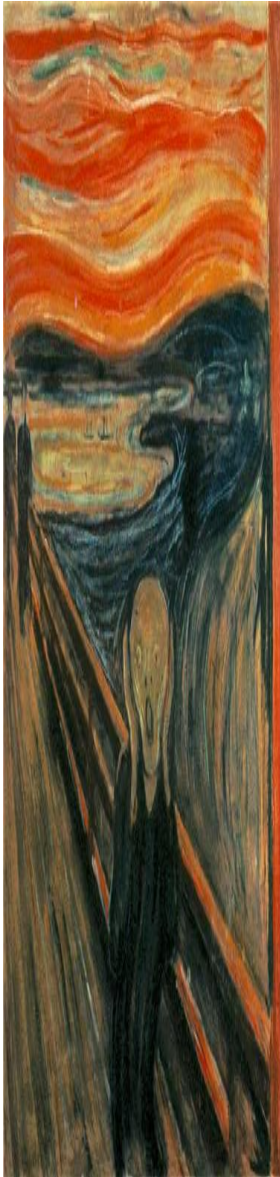
DIZ NÃO!

O que podes fazer?

- Tentar explicar às pessoas que te rodeiam que os Doentes Mentais são doentes como quaisquer outros;
- Não ter medo dos Doentes Mentais: **NÃO VÃO FAZER-TE MAL!;**
- Apresentar queixa, na APAV, por exemplo, quando se aperceber de atitudes discriminatórias para com o Doente Mental;
- Respeitar e tolerar todos os que nos rodeiam, mesmo aqueles mais vulneráveis;
- A Doença Mental tem cura!

“ O amor pela humanidade é que nos motiva para o movimento anti-estigma.”





***“A promoção da
saúde mental
melhora a qualidade
de vida dos
indivíduos e o bem-
estar mental de toda
uma população”***

**Sara China Pereira
Medicina Comunitária
Centro de Saúde de S.João**

**ESTIGMATIZAÇÃO
DA DOENÇA
MENTAL**

DIZ NÃO!

IV. REGISTOS DE CONSULTA URBANA

Relatórios de Consultas – Módulo Urbano – C. S. São João

Identificação	Idade	Sexo	Motivo de Consulta	Diagnóstico	Antecedentes Pessoais	Referenciado/Orientação
A.S.T.	32 anos	Feminino	Grávida com uma gestação de 24 semanas refere dor na F.I.D. com irradiação lombar e no membro inferior.		Apendicectomia História de abortamentos de repetição (II Gesta; 0 Para).	Orientação para S.U. do Hospital de Pedro Hispano.
R.S.G.M.	27 anos	Feminino	Mialgias, cefaleia e orofaringe ruborizada sem pus. T=36.1°.	Coriza.		Almotriptano; Cloridrato + triprolidina; Declaração de Ausência de Serviço por 2 dias.
M.E.C.	54 anos	Feminino	A.R. diagnosticada há 6 anos. Tumefacções no pé esquerdo.	Tofos reumáticos.	DM tipo 2; H.T.A.; I.V.	Orientação para Enfermagem para curativo no pé esquerdo.
M.J.M.	35 anos	Feminino	Consulta de rotina; Estudo analítico sem alterações; Ecografia mamária sem alterações; Citologia cervicovaginal sem alterações.			
F.R.	53 anos	Masculino	Estudo analítico: Pesquisa de hemoglobina humana nas fezes positivo.		Ex-fumador há 30 anos.	ECD: Colonoscopia total.

Identificação	Idade	Sexo	Motivo de Consulta	Diagnóstico	Antecedentes Pessoais	Referenciado/Orientação
S.S.	36 anos	Feminino	Orofaringe ruborizada.	Faringite.		Ibuprofeno; Anginova ® comp.
B.R.C.	38 anos	Feminino	Cefaleia; Ansiedade; Cansaço.	Cansaço.		Programado Atestado Médico para o início do ano escolar.
A.M.	51 anos	Masculino	Gonalgia direita, a aguardar resultado de Rx.		Ex-fumador.	Declaração de Ausência de Serviço por 4 dias.
E.S.	34 anos	Feminino	Disúria e hematúria. Urina tipo II: presença de <i>Escherichia coli</i> .	I.T.U.	Ex-fumadora.	Amoxicilina 1000mg.
M.F.L.	45 anos	Masculino	Ex-toxicodependente seguido na Consulta de Psiquiatria medicado com Citalopram 20.		Fumador;ex-toxicodependente	Certificado de Incapacidade Temporária de Trabalho.
A.Q.	62 anos	Masculino	Alcoólico. Estudo analítico: alterações na função hepática.			Orientado para Consulta de Alcoologia.
J.S.	88 anos	Masculino	Consulta de rotina;Estudo analítico: aumento do valor de PSA.		I.C.; H.T.A.	Repetir novo estudo analítico em Março.
J.S.	16 anos	Feminino	Insónias; Cansaço; Ansiedade; Baixo rendimento escolar.			Orientada para Consulta de Pedopsiquiatria. Estudo analítico.

Identificação	Idade	Sexo	Motivo de Consulta	Diagnóstico	Antecedentes Pessoais	Referenciado/Orientação
M.O.S.	60 anos	Feminino	Cansaço; Ansiedade.	Cansaço.	D.M. tipo 2; H.T.A.	Atestado Médico por 15 dias.
M.M.M.	61 anos	Masculino	Consulta de rotina: Doente com DM tipo 2 controlado.		DM tipo 2.	Estudo analítico. Esomeprazol; Modulanzime cápsulas.
A.M.S.	57 anos	Feminino	Consulta de rotina: dores reumáticas no M.I.D., osteófitos, artralguas nos pés.		H.T.A.; dislipidemia; ex-fumadora.	ECD: Rx pés.
M.J.M.	49 anos	Feminino	Consulta de rotina: estudo analítico sem alterações; citologia cervicovaginal sem alterações.		H.T.A; hx familiar de cancro colo-rectal.	

IV. REGISTOS DE CONSULTA RURAL

Relatórios de Consultas – Módulo Rural – C. S. Cabeceiras de Basto

Identificação	Idade	Sexo	Motivo de Consulta	Diagnóstico	Antecedentes Pessoais	Referenciado/Orientação
J.A.C.	57 anos	Masculino	Consulta de Rotina. Prescrições.		DM tipo 2; HTA; Obesidade.	Losartan Mepha 100mg; AAS 100 mg; Metformina + Rosaglitazona 1000 mg. ECD : Estudo analítico.
A.C.G.S.A.	45 anos	Feminino	Anorexia, fadiga, emagrecimento de 5 kg em 2 meses e rectorragias.		Hx de cancro da mama.	ECD : Estudo analítico, ecografia abdominal e colonoscopia total.
P.R.M.	45 anos	Masculino	Tumefacção não dolorosa na região femural externa esquerda.	Quisto sebáceo.		Exérese de quisto sebáceo.
F.A.S.M.	48 anos	Masculino	Eritema vesicular e prurido da face.	Dermatomicose		Itraconazol creme.
R.S.F.S.	30 anos	Feminino	Orofaringe ruborizada.	Faringite.		Ibuprofeno 400mg.
J.I.M.T.	8 anos	Feminino	T=37°. Prostrada, orofaringe edemaciada, ruborizada e com pus.	Amigadalite.		Amoxicilina 500 e Ibuprofeno.
D.F.M.	25 anos	Masculino	T=37.6°. Prostrado, orofaringe edemaciada, ruborizada e com pus.	Amigadalite.	Fumador.	Amoxicilina + Ácido Clavulânico e Ibuprofeno.

Identificação	Idade	Sexo	Motivo de Consulta	Diagnóstico	Antecedentes Pessoais	Referenciado/Orientação
A.I.S.M.	6 anos	Feminino	Consulta de rotina: Boa evolução estaturponderal. Sem alterações ao exame físico.			
A.C.N.R.	23 anos	Masculino	Orofaringe ruborizada e edemaciada com pús. Adenomegalia cervical direita.	Amigdalite.	Fumador.	Amoxicilina + Ácido Clavulânico e Ibuprofeno
D.I.C.C.	47 anos	Feminino	Consulta de rotina; Vigilância de Diabetes Mellitus tipo 2 e HTA		H.T.A.; dislipidemia; DM tipo2.	ECD: Estudo analítico.
A.S.S.R.F.	30 anos	Feminino	Consulta de rotina: traz citologia cervico-vaginal e ecografias mamária e pélvica pedidas na Consulta de Planeamento Familiar.	ECD: sem alterações.	Hx familiar de cancro colo-rectal.	
I.C.P.S.	4 meses	Feminino	Bronquiolite virica em recuperação. Sem febre, sem sinais de dificuldade respiratória, AP normal.	Bronquiolite virica.		
G.A.B.S.	33 anos	Masculino	Olho esquerdo vermelho, lacrimejante e com sensação de corpo estranho.	Conjuntivite.	Dislipidemia.	Cloranfenicol e Meocil ® pomada.

VI. HISTÓRIA CLÍNICA

Data de realização: 12 Janeiro de 2010.

Local: Centro de Saúde de Cabeceiras de Basto.

Fonte e fiabilidade da informação: o próprio doente, que se mostrou disponível e colaborante, sendo a informação, aparentemente, credível.

Identificação

Nome: L.M.M.

Sexo: Masculino.

Idade: 85 anos.

Raça: Caucasiana.

Residência: Cabeceiras de Basto.

Profissão: Reformado da P.S.P.

Escolaridade: 4º ano de escolaridade.

Estado Civil: Casado.

Motivo de Consulta

Eritema vesicular e prurido intenso nas regiões inguinais, fossa ilíaca direita e face interna de ambas as coxas.

História da Doença Actual

Doente com antecedentes de DM tipo 2, diagnosticada há cerca de 30 anos. Nessa data medicado com antidiabéticos orais, acerca de dez anos, aproximadamente, a fazer também insulina. Sem atingimento dos órgãos-alvo (função renal preservada e ausência de retinopatia e neuropatia).

Recorre ao médico assistente por aparecimento de eritema vesicular com prurido associado nas regiões inguinais, fossa ilíaca direita e face interna de ambas as coxas, acerca de 1 semana com agravamento progressivo do quadro. Nega no entanto alergias conhecidas e não relaciona o eritema com alterações nos hábitos alimentares.

Nega dor, náuseas, vômitos e alterações dos hábitos intestinais. Nega febre, tosse, dispneia, expectoração ou alterações dos hábitos urinários. Nega astenia, anorexia, ou perda de peso.

Depois da consulta efectuada foi-lhe prescrito Tioconazol creme e Dicloridrato de Cetirizina.

História médica prévia

Carcinoma próstático há 11 anos.

Diabetes Mellitus tipo 2, a fazer insulina.

Dislipidemia.

Nega HTA.

Nega patologia respiratória, hepática, renal, hematológica e otorrinolaringológica.

Nega alergias conhecidas.

Medicação habitual: Insulina humana + Fibrocid® comp. 25mg; Daflon® comp. 500mg; Trimetazidina comp. 20 mg.

Doenças de Infância: Não se recorda das doenças de infância.

Traumatismos e sequelas: Nega história prévia de traumatismos.

Cirurgias anteriores: Há 11 anos foi submetido a uma prostatectomia por carcinoma da próstata.

Internamentos anteriores: Foi internado aquando da cirurgia referida.

Doenças infecciosas: Nega história de doenças infecciosas.

Hábitos e Estilos de vida

O doente refere dieta alimentar cuidada.

Nega hábitos tabágicos.

Hábitos alcoólicos: refere que bebe 1 copo vinho às refeições.

Faz 4 caminhadas diárias de cerca de 1 Km cada.

História Médica Familiar

Mãe: faleceu aos 65 anos; Doente desconhece a causa de morte.

Pai: Faleceu aos 75 anos com A.V.C. Hx de H.T.A. e D.M. tipo 2.

Irmão mais velho (1º): faleceu aos 26 anos com tuberculose.

2º irmão: faleceu aos 12 anos; Doente desconhece a causa.

3º irmão: faleceu aos 77 anos com tumor cerebral.

4º irmão: faleceu aos 78 anos com neoplasia gástrica.

5º irmão: faleceu aos 80 anos com A.V.C.

6ª irmã: 83 anos; Doente desconhece patologias.
7ª irmã: 81 anos; Doente desconhece patologias.
8ª irmã: 77 anos; D.M. tipo 2.
9ª irmã: 74 anos; Coxartrose.
1ª filha: 61 anos; Fibromioma uterino.
2ª filha: 59 anos; Carcinoma colo-rectal.
3ª filha: 56 anos; Saudável.
4º filho: faleceu aos 5 meses com Meningite.
5ª filha: 52 anos; Fibromioma uterino.
6ª filha: 50 anos; Saudável.
7ª filha: faleceu com 1 semana de vida; Doente desconhece a causa de morte.

Netos sem antecedentes patológicos relevantes.

Biopatografia

LMM, nasceu a 3 de Março de 1924, em Celorico de Basto, no seio de uma família funcional. É o 6º filho de um casal com 10 filhos. O pai era G.N.R. e a mãe doméstica. Refere ter tido uma infância feliz. Conviveu muito com os irmãos, dizendo que sempre foram muito unidos. Viviam todos numa moradia, com um grande terreno envolvente.

Terminou o 4º ano de escolaridade com 12 anos de idade em 1936, data em que começa a trabalhar como empregado de Farmácia no Arco de Baúlhe, freguesia do concelho de Cabeceiras de Basto. Em 1944, com 20 anos de idade demite-se da Farmácia e vai prestar Serviço Militar em Viana do Castelo até 1946, data em que ingressa na G.N.R. Em 1957 vai para Luanda, Angola, como G.N.R. e é lá que é transferido da G.N.R. para a P.S.P. Permanece em Luanda até 1972, altura em que regressa em definitivo a Cabeceiras de Basto. Durante os 15 anos que trabalhou em África deslocou-se a Portugal 1 mês/ano na altura das férias, mas mantinha o contacto com familiares e amigos por carta. Apesar das saudades que sentia, diz que os tempos em África foram tempos muito felizes.

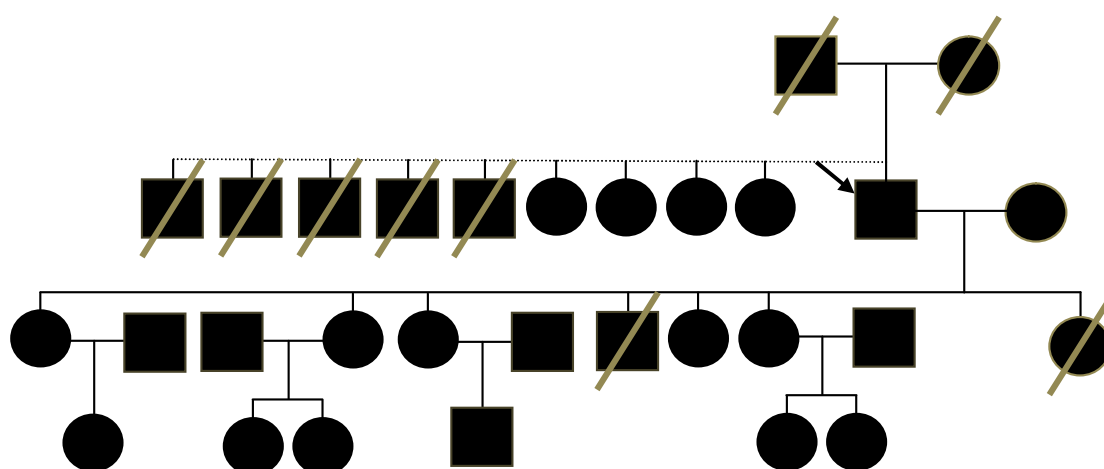
Casou em Maio de 1948, com 24 anos de idade e, nesta altura, abandonou a casa dos pais tendo ido viver para uma moradia própria. A primeira filha nasceu em 1949, a segunda filha em 1951, a terceira filha em 1954, o quarto filho em 1956, a quinta filha em 1958, a sexta filha em 1960 e a sétima filha em 1965. Vive só com a esposa desde 1978, altura em que a última filha saiu de casa.

A sua esposa, com antecedentes de patologia depressiva tem Doença de Alzheimer diagnosticada há 8 anos.

Actualmente, passa a maior parte do tempo em casa com a esposa e uma empregada que ajuda nas tarefas domésticas, fazendo 4 caminhadas diárias com cerca de 1 Km cada e por vezes, vai até à praça ou a um café, convivendo com os poucos amigos que ainda lhe restam. O contacto com as irmãs, filhos e netos é permanente.

Caracterização socio-económica e familiar

GENOGRAMA FAMILIAR



APGAR FAMILIAR DE SMILKSTEIN

O Apgar Familiar de Smilkstein avalia o modo como o indivíduo sente a sua posição dentro da família num dado momento da vida, avaliando a família como funcional ou disfuncional.

APGAR familiar	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa	X		
Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e compartilha 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
--	----------

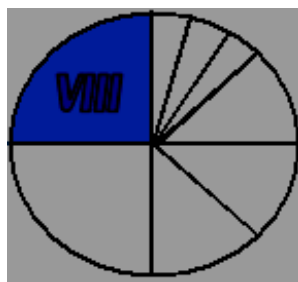
Legenda: «Quase sempre» - 2 pontos ; «Algumas vezes» - 1 ponto ; «Quase nunca» - 0 pontos
O resultado final obtém-se pela soma das pontuações atribuídas a cada uma das perguntas. Uma pontuação global de 7 – 10 sugere uma família altamente funcional; de 4 – 6 sugere uma família com moderada disfunção; e de 0-3 uma família com disfunção acentuada.

Segundo o APGAR familiar, pode-se constatar que LMM se insere numa **família altamente funcional**.

CICLO DE VIDA FAMILIAR DE DUVALL

O ciclo de vida familiar define as etapas pelas quais a família passa durante a sua evolução, assim como as tarefas que devem ser cumpridas pelo agregado no decorrer destas.

Fase	Fase Familiar	Descrição Familiar
I	Família inicial	Casal sem filhos
II	Família em reprodução	Filho mais velho até 30 meses
III	Família com filhos em idade pré-escolar	Filho mais velho de 30 meses a 6 anos
IV	Família com filhos em idade escolar	Filho mais velho de 6-13 anos
V	Família com adolescentes	Filhos de 13-20 anos
VI	Família em resolução	Primeira criança abandona o lar, até a última criança o abandonar
VII	Família de meia-idade	Lar sem filhos até à reforma
VIII	Família a envelhecer	Reforma até à morte dos esposos



De acordo com este ciclo, LMM encontra-se na **Fase VIII – Reforma até à morte da esposa.**

LINHA DE VIDA DE MEDALIE

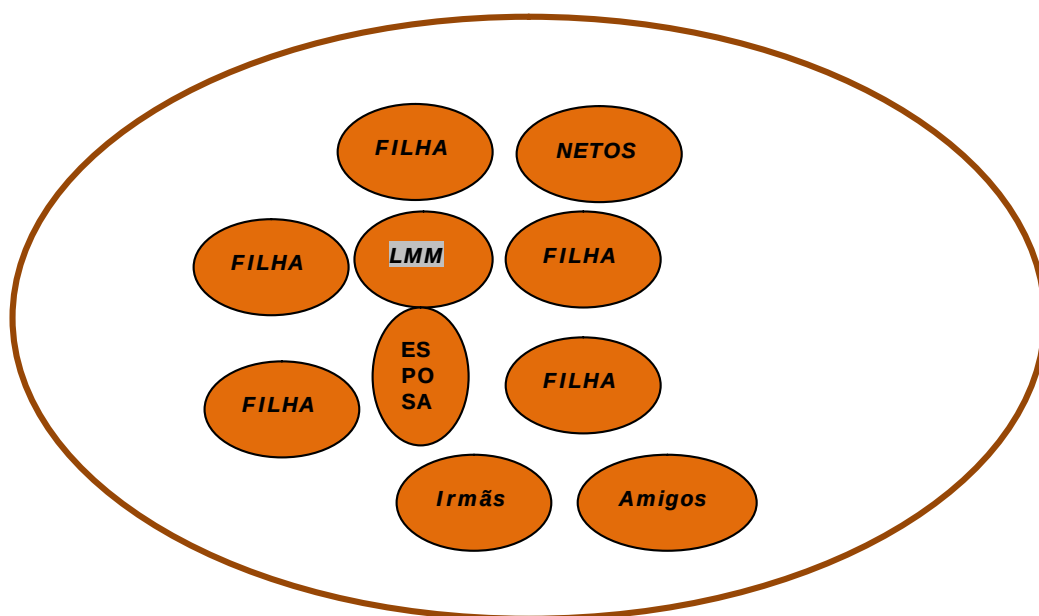
A Linha de Vida de Medalie lista as ocorrências que sucedem a um indivíduo num período determinado da sua vida familiar e o impacto que tiveram, correlacionando cronologicamente os acontecimentos vitais e os seus problemas de saúde e da família.

ETAPA/CRISE	DATA	SÍNDROMA
Nascimento de LMM	1924	
Casamento	1948	
Nascimento da 1ª filha	1949	
Nascimento da 2ª filha	1951	
Nascimento da 3ª filha	1954	
Nascimento e morte do 4º filho	1956	
Ida para Angola	1957	
Nascimento da 5ª filha	1958	
Nascimento da 6ª filha	1960	
Nascimento e morte da 7ª filha	1965	
Regresso de Angola	1972	Diagnóstico de dislipidemia
	1980	Diagnóstico de DM tipo 2

	1999	Prostatectomia por cancro da próstata
	2002	Diagnóstico de Doença de Alzheimer à esposa

CÍRCULO FAMILIAR DE THROWER

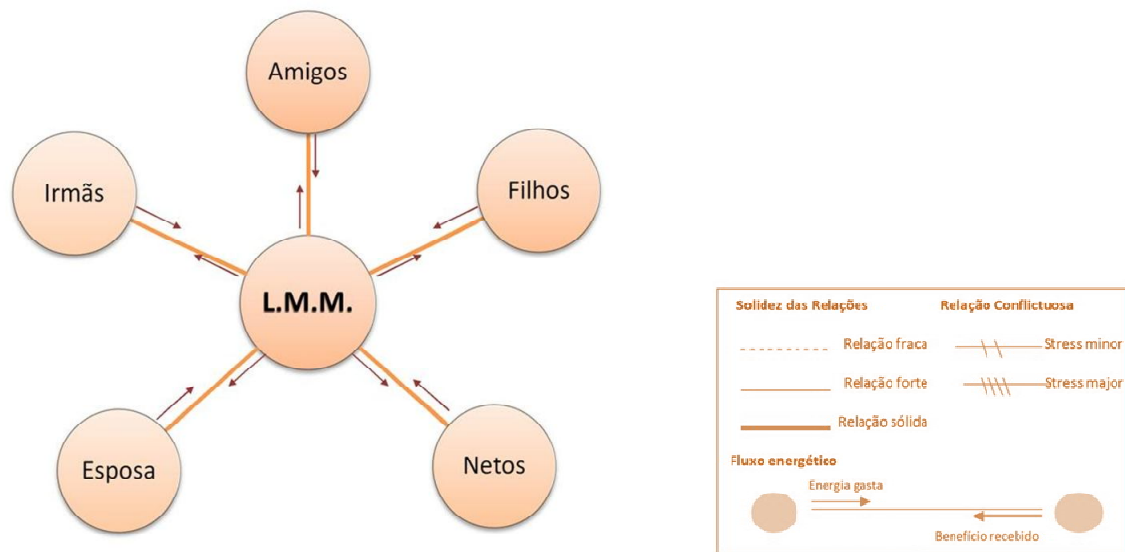
O Círculo Familiar de Thrower consiste na representação gráfica do valor que têm para o indivíduo as pessoas (familiares, amigos, etc) e, ainda, alguns objectos e seres que lhe são próximos.



LMM, desenhou a esposa mais próxima. Todos as filhas, netos, irmãs e amigos a igual distância de si.

MAPA ECOLÓGICO OU ECO-MAPA

O Mapa Ecológico, avalia a dinâmica inter-relacional do indivíduo, com o registo dos elementos que lhe são relevantes, analisando as suas interações, influências, fontes de estímulo, de suporte ou de recursos.



No Mapa Ecológico de LMM podemos ver que mantém uma relação forte com a esposa, filhos, netos, amigos e irmãs. Não existem elementos geradores de stress.

HABITAÇÃO E RENDIMENTOS

Reside em Cabeceiras de Basto com a esposa. Encontram-se nesta habitação desde o regresso de Angola em 1972. A habitação é do tipo moradia, possuindo 6 quartos, 2 casas de banho, uma sala, cozinha e dispensa. A reforma de LMM é a fonte principal de rendimento do agregado familiar, recebendo de reforma, cerca de 1000€.

EXAME FÍSICO

Estado geral

Doente consciente, orientado no tempo e no espaço e colaborante.

A idade aparente é coincidente com a idade real.

Não apresenta dismorfias faciais aparentes.

Pele e mucosas anictéricas, hidratadas e ligeiramente descoradas.

Sem sinais de dificuldade respiratória.

Move-se com alguma dificuldade.

Parâmetros biométricos

Peso: 87Kg

Altura: 1,75 m

IMC: 28,4 Kg/m²

Sinais vitais

Apirético

TA: 133/78 mmHg

FC : 74 bpm, com pulso radial rítmico, regular e amplo.

FR: 20 cpm

Cabeça

Crânio – Sem dismorfias. Couro cabeludo sem alterações aparentes. Pulsos temporais superficiais palpáveis, de amplitude variável e simétricos. Artérias temporais indolores à palpação e sem tortuosidades. Sem sopros. Ausência de adenopatias retroauriculares ou occipitais. Ausência de movimentos anormais ou involuntários da cabeça.

Face – Sem tumefacções ou dismorfias.

Olhos – Ausência de endo ou exoftalmia. Escleróticas anictéricas. Fissuras palpebrais simétricas e sem retracções. Mobilidade palpebral e dos globos oculares normal. Sem sinais de hemorragia ou secreções anormais. Ausência de nistagmo. Pupilas isocóricas e com reflexos fotomotores (directo e consensual) e de acomodação preservados.

Ouvidos – Pavilhões auriculares de implantação normal, simétricos e sem deformidades e sem dor à palpação e sem cianose. Canais auditivos externos sem escorrências. Não foi efectuada otoscopia.

Nariz – Sem escorrências. Sem desvios do septo. Mucosa com aspecto normal.

Boca – Lábios de coloração rosada, acianóticos e hidratados, sem úlceras ou fissuras. Sem desvios das comissuras labiais que se apresentam simétricas. Mucosa gengival, sem lesões, hemorragia ou hipertrofia. Mucosa bucal corada e hidratada, sem lesões aparentes. Língua com tamanho normal, de cor rosada, hidratada, com normal distribuição das papilas e sem exsudados ou ulcerações.

Úvula e orofaringe sem alterações visíveis.

Sem hálito característico.

Pavimento da boca sem alterações à palpação.

Arcos palatoglosso e palatofaríngeo de configuração e mobilidade normal e simétrica.

Pescoço

Configuração normal. Sem cicatrizes. Sem alterações da mobilidade passiva e activa. Traqueia sem desvios e sem alterações da mobilidade. Tiróide não palpável. Sem adenomegalias cervicais ou supraclaviculares palpáveis. Glândulas parótidas e submaxilares não palpáveis, sem nódulos e sem dor.

Artérias carótidas: Sem dilatações. Pulsos amplos, regulares e simétricos. Sem frémitos ou sopros.

Veias jugulares: Sem turgescência venosa jugular a 45°; Sem refluxo hepato-jugular.

Tórax

Inspecção: Tórax de configuração normal, sem dismorfias e sem assimetrias. Sem restrições da mobilidade nem retracções.

Pele hidratada, sem estrias e sem cicatrizes.

Não visível circulação colateral.

Respiração torácica rítmica, sem tiragem.

Auscultação Cardíaca: S1 e S2 presentes, rítmicos, de intensidade normal. Sem S3 e S4. Sopros ou outros sons acessórios não audíveis.

Auscultação Respiratória: Sons pulmonares bilaterais, simétricos e de intensidade normal. Sem ruídos adventícios.

Abdómen

Inspecção: Eritema vesicular nas regiões inguinais e fossa ilíaca direita.

Sem assimetrias em nenhum quadrante. Sem sinais de hipertensão portal.

Sem sinais de icterícia.

Não apresenta pulsatilidades visíveis.

Palpação Superficial: Abdómen mole e depressível, sem dor à palpação superficial e sem massas palpáveis.

Palpação profunda: Sem dor à palpação profunda. Sem massas palpáveis. Sem organomegalias.

Percussão: Sem dor à percussão. Com áreas de macicez e de timpanismo normais.

Auscultação: Ruídos intestinais presentes de intensidade normal. Ausência de sopros.

Membros

Eritema vesicular na face interna de ambas as coxas.

Sem edemas.

Dorso

Sem deformidades aparentes.

Murphy renal negativo bilateralmente.

Exame neurológico básico

Sem alterações relevantes.

LISTA DE PROBLEMAS (MÉDICOS/SOCIAIS)

Micose.

Diabetes mellitus tipo 2.

Dislipidemia.

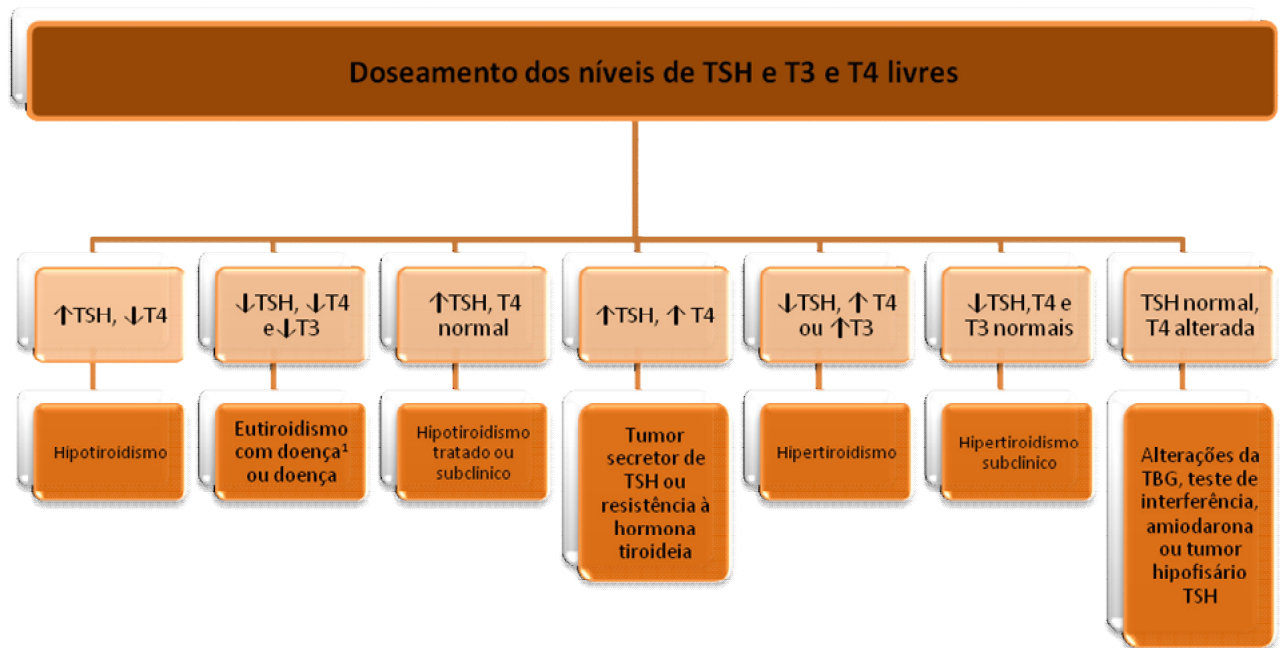
Preocupação pela degradação progressiva mental e física da esposa.

PLANO DE ACTUAÇÃO

Em primeira instância verificar se após a terapêutica efectuada se deu a remissão da micose. Neste doente é importante continuar a controlar a DM tipo 2 bem como todas as patologias que podem advir desta (retinopatia, nefropatia, neuropatia...) assim como a dislipidemia.

É importante também não esquecer o apoio psicológico necessário pela patologia da esposa.

VII. FLUXOGRAMA



¹Síndrome do doente eutiroides: em qualquer doença sistémica, as PFTs podem alterar-se. O padrão típico é de “tudo diminuído”. O doseamento deve ser repetido após a recuperação.

Outros testes :

Autoanticorpos antitiroideos: os anticorpos antiperoxidase tiroideia ou anticorpos antiglobulina podem estar aumentados na doença tiroideia autoimune: Doença de Hashimoto ou de Graves. Se positivarem na Doença de Graves, existe um aumento do risco de desenvolvimento de hipotiroidismo num estágio mais tardio.

Anticorpo contra receptor da TSH: pode estar aumentado na Doença de Graves.

Tiroglobulina sérica: útil na monitorização do tratamento do carcinoma e na detecção de hipertiroidismo fictício (auto-medicação), em que está baixa.

Ecografia: diferencia nódulos císticos de nódulos sólidos. Se existir um grande nódulo solitário, ou um nódulo dominante num bócio multinodular, existe indicação para aspiração com agulha fina para excluir carcinoma.

Cintigrafia: Útil para determinar a causa do hipertiroidismo. Também utilizada para detectar bócio retroesternal, tecido tiroideu ectópico ou metástases na tiróide. Na presença de nódulos suspeitos verificar se a área apresenta captação aumentada ou diminuída.

VIII. APRESENTAÇÃO “RECUSA DE TRATAMENTO DURANTE A GRAVIDEZ”

Recusa de tratamento durante a gravidez

Ana Vilaça Rodrigues
Sara China Pereira



Recusa de tratamento durante a gravidez

Caso Clínico

- Mulher de 23 anos;
- Seropositiva (infecção conhecida há 2 anos sem realizar tratamento);
- Grávida de 6 semanas;
- Namorado toxicodependente e HIV positivo;
- Gravidez não programada, mas actualmente desejada por ambos.





Recusa de tratamento durante a gravidez

- Obstetra aconselha profilaxia antirretrovírica durante a gravidez e cesariana electiva às 38 semanas, para reduzir o risco de transmissão vertical.
- Recusa tratamento proposto, apesar de ter sido informada dos benefícios para si e para o seu filho, referindo o caso de uma amiga que após o mesmo tratamento deu à luz um RN com malformações congénitas, e recusa a cesariana pelos riscos da cirurgia.
- Obstetra esclarece acerca da ausência de efeitos laterais da profilaxia para o feto e o baixo risco da cesariana.



Recusa de tratamento durante a gravidez

- Grávida mantém-se inflexível.
- Obstetra propõe esquema curto de profilaxia intraparto que embora menos eficaz, não terá riscos para o RN.
- Grávida recusa.
- Segundo a avaliação clínica a gestante apresentava-se consciente das decisões tomadas.

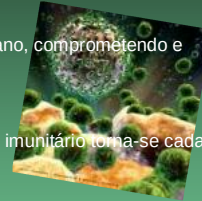




Recusa de tratamento durante a gravidez

Infeção por HIV

- O HIV é um retrovírus que infecta as células do sistema imunitário humano, comprometendo e destruindo as suas funções;
- Inicialmente assintomática, à medida que a infecção progride, o sistema imunitário torna-se cada vez mais fraco e o organismo mais susceptível a infecções oportunistas;
- No seu estágio mais avançado, constitui a síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA);



Actualmente, estima-se que haja cerca de 38,6 milhões de pessoas infectadas



2,3 milhões são crianças.



Recusa de tratamento durante a gravidez



Transmissão vertical do vírus

- Responsável por cerca de 90% das crianças infectadas;
- Pode ocorrer:
 - Durante a gravidez (5-6%);
 - Durante o parto (13-18%);
 - Através do leite materno (10-15% dos casos)





Recusa de tratamento durante a gravidez

Na ausência de qualquer intervenção, o risco de transmissão situa-se entre 15 a 30 %, subindo para valores entre 20 a 45%, caso haja amamentação;



A profilaxia antirretroviral (durante o período pré-natal, intraparto e neonatal) juntamente com a cesariana electiva , podem reduzir o risco para 2%.



Recusa de tratamento durante a gravidez

Cesariana

Vantagens:

- evita o contacto directo com sangue e secreções cervicais contaminadas,
- reduz a infecção de ascensão tardia,
- reduz a transfusão de sangue materno para a circulação fetal durante as contracções uterinas.

Desvantagens:

- risco aumentado de morbilidade pós-cesarianas em mães imunodeprimidas (pneumonias, sépsis, derrame pleural e necessidade de transfusões sanguíneas).





Recusa de tratamento durante a gravidez

Perspectiva Ética:

- Princípio da Autonomia;
- Princípio da Beneficência;
- Princípio da Não Maleficência;
- Princípio da Justiça.



Recusa de tratamento durante a gravidez

Princípio da Autonomia:

- Respeitar a vontade do sujeito, desde que este seja competente para tal e que não interfira no valor da dignidade humana.
- Dignidade humana: tratar as pessoas como um fim em si mesmo e não como meio para alcançar os fins.



Recusa de tratamento durante a gravidez

Princípio da Autonomia:

1. Médico é informador de benefícios e riscos; (Artº 38º/1 → “Médico deve procurar esclarecer o Doente, a família ou quem legalmente o represente, acerca dos métodos de diagnóstico ou de terapêutica que pretende aplicar”).
2. Segundo a avaliação clínica a gestante encontrava-se consciente das decisões tomadas; (Artº 41º/1 → “Médico deve respeitar escrupulosamente as opções religiosas, filosóficas ou ideológicas e os interesses legítimos do doente”).



Recusa de tratamento durante a gravidez

Princípio da Autonomia:

No âmbito da obtenção do consentimento informado, uma decisão deve ser respeitada se e só se:

1. O sujeito tiver capacidade para compreender a informação material;
2. For capaz de fazer um julgamento sobre essa informação - à luz do seu sistema próprio de valores;
3. Elaborar mentalmente uma resposta;
4. Comunicar livremente o seu desejo ao profissional de saúde ou à equipa de investigação.

Assim sendo, à luz do princípio da autonomia, a decisão da gestante de não fazer terapêutica antirretrovírica e cirurgia electiva deverá ser respeitada.



Recusa de tratamento durante a gravidez

Princípio da Beneficência:

- Obrigação moral dos profissionais de agir em benefício dos outros.

Terapêutica antirretrovírica e cirurgia electiva trazem benefícios tanto para a mãe como para o filho.



Recusa de tratamento durante a gravidez

Princípio da Não Maleficiência:

Não provocar dano ao paciente, de forma intencional ou negligente.

- Efeitos laterais da terapêutica antirretrovírica;
- Riscos inerentes a uma intervenção cirúrgica;



- Não aplicação de medidas profiláticas faz com que aumente a possibilidade de transmissão do HIV.



Recusa de tratamento durante a gravidez

A opção de tratamento compulsivo abala a confiança paciente -médico $\Rightarrow$ possível efeito psicológico grave.

Neste caso deve ser uma opção?



NÃO!

Critérios para o internamento compulsivo segundo a American Psychiatric Association:

1. Existência de perturbação mental grave;
2. Razoável expectativa de tratamento eficaz;
3. Recusa ou incapacidade para consentir na admissão voluntária;
4. Falta de capacidade para dar consentimento informado;
5. Perigo de dano a outros ou a si mesmo em consequência da perturbação, incluindo substancial deterioração física ou psíquica.



Recusa de tratamento durante a gravidez

Princípio da Justiça:

Justiça distributiva – distribuição justa dos recursos na saúde.

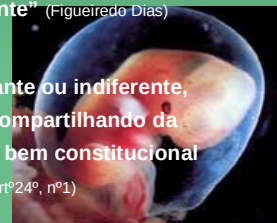


- Custo da terapêutica antirretroviral;
- Custo da cesariana;
- Custo do tratamento e vigilância de todas as patologias associadas à SIDA/HIV;



Discussão do caso clínico...

- “A vida de quem está pra nascer é um interesse ou bem jurídico indisponível...” (Informação Parecer da Procuradoria Geral da República, nº 31/82 de 13.04.1982)
- “...o nasciturno, enquanto já concebido, é já um ser vivo humano, portanto digno de protecção...” (Tribunal Constitucional, Acórdão 25/84 de 19.03.1984)
- “não temos dúvidas de que à vida fetal pertencem atributos indispensáveis para a qualificar como bem jurídico penalmente relevante” (Figueiredo Dias)
- “a vida intra-uterina não é constitucionalmente irrelevante ou indiferente, sendo antes um bem constitucionalmente protegido, compartilhando da protecção conferida em geral à vida humana enquanto bem constitucional objectivo” (Tribunal constitucional, Acórdão 85/85 de 29.05.1985, CRP, artº24º, nº1)



Discussão do caso clínico...

- Segundo o CNECV:
 - “A vida humana pré-natal merece respeito e protecção, por ser o fundamento do acontecimento único e inédito que a maternidade representa. À luz dos princípios éticos, a vida pré-natal merece ainda mais protecção por ser frágil e incipiente.”
 - “Podem em determinadas circunstancias sobrepor-se, numa escala axiológica, ao valor da vida pré-natal, certos valores e direitos...”





Discussão do caso clínico...

- “...existe largo consenso ético quanto ao valor determinante da vida da mulher grávida, como bem que se sobrepõe à vida do embrião...”^{CNECV}
- “a vida humana intra-uterina, compartilhando da protecção que a constituição confere à vida humana... não pode gozar de protecção constitucional do direito à vida propriamente dito – que só cabe a pessoas – podendo, portanto, aquele ter de ceder, quando em conflito com direitos fundamentais ou com outros valores constitucionalmente protegidos” (Acórdão 85/85)
- E o mesmo Acórdão cita, como direitos fundamentais que sobrelevem o valor da vida intra-uterina “...os direitos da mulher à vida, à saúde, ao bom nome e à reputação, à dignidade, à maternidade consciente, etc.”
- O feto não é titular de direitos fundamentais já que “(ainda) não é uma pessoa, um homem...”



Discussão do caso clínico...

“A personalidade jurídica
adquire-se com o nascimento
completo e com a vida” (Código
Civil, artº 66/1)

Aos olhos da lei os direitos da
mãe são os que prevalecem!





Discussão do caso clínico ..

“Enquanto a controvérsia não for resolvida e subsistir a dúvida, tem aplicação entretanto e sempre, o princípio ético que estabelece ser gravemente ilícito atentar contra uma entidade de que se duvida se sim ou não, constitui um sujeito investido de plena dignidade humana”

(CNECV)



Discussão do caso clínico...

- Questões a ser ponderadas:

- Necessidade de tratar o feto vs autonomia da doente
- Será legítimo impormos a nossa vontade sobre a da mãe?
- Que transformações adviriam para a relação médico-doente?
- Questão legal e questão social
- Noção de “o que é melhor”
- Obrigações da mãe para com o filho e para com a sociedade
- Cumprirá os critérios para tratamento compulsivo?





Discussão do caso clínico.



Posição do médico:

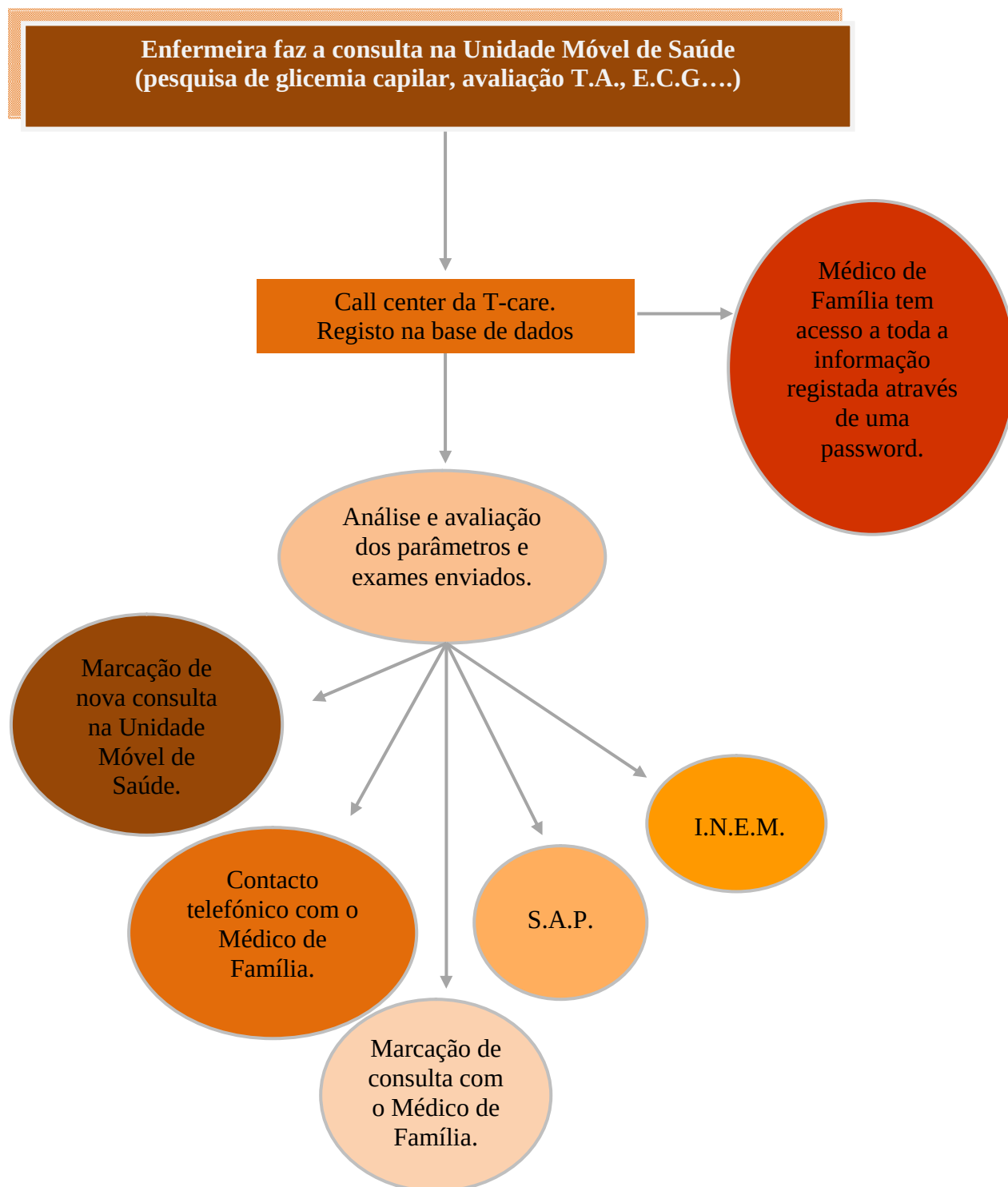
- **Conflito interno/pessoal:** para respeitar a autonomia da mãe o médico terá de submeter o feto a um risco desnecessário de contrair uma doença que o irá marcar para toda a vida
- **Obrigações éticas e legais:** impedido pelos Códigos Civil e Deontológico de obrigar a doente a seguir o tratamento aconselhado – **PRECISA RESPEITAR A AUTONOMIA DA DOENTE!!**
- **Opções restantes:**
 - Objecção de consciência – fará sentido?
 - Se escolher continuar a seguir a doente, deverá continuar a tentar persuadi-la a aderir ao tratamento com abordagens sucessivas para mudança de atitude.

Bibliografia

- WWW.OMS.COM
- WWW.HIVMEDICINE.COM
- WWW.CNECV.PT



IX. UNIDADE MÓVEL DE SAÚDE



Nota 1: T.A.- tensão arterial; E.C.G.- electrocardiograma; CS- centro de saúde; S.A.P.- serviço de atendimento permanente.

Nota 2: todos estes passos feitos em “tempo real”.

A Câmara Municipal de Cabeceiras de Basto tem em funcionamento uma Unidade Móvel de Saúde desde o ano de 2002.

Esta unidade tem desenvolvido um trabalho útil à população do concelho de Cabeceiras de Basto, principalmente junto dos mais idosos e das populações que habitam em lugares distantes da sede do concelho o que se tem reflectido em ganhos da saúde.

Os objectivos específicos desta Unidade são:

- Identificação de situações problemáticas
- Referenciação para cuidados de saúde
- Sinalização de indivíduos de risco
- Apoiar a Família
- Orientar para serviços da Comunidade
- Promoção da adesão ao regime terapêutico
- Promover a adesão à vacinação
- Promover a adesão às consultas de vigilância
- Promoção do auto-cuidado
- Promoção de educação para a saúde

Assim, foram efectuados rastreios de Hipertensão, Dislipidemia, Acuidade Visual e Auditiva, sendo os utentes observados com regularidade.

Foram desenvolvidas actividades de prevenção em diversas áreas tais como: Osteoporose, Depressão, Cancro da Mama, Cancro do Cólon, Cancro do Colo do Útero e Cancro da Pele.

A actividade da Unidade Móvel de Saúde contribui, decididamente, para a promoção do envelhecimento activo e saudável, estimulando a responsabilidade das pessoas idosas, assim como a participação activa na promoção da sua própria saúde, autonomia e independência.

Dispõe de um serviço de telemedicina em que todos os dados recolhidos (Tensão Arterial, Glicemia Capilar, Colesterolémia e Índice de Massa Corporal) são introduzidos numa base de dados on-line e enviados para um Call center da T-care.

Também se executam exames complementares de Diagnóstico tais como ECG e Espirometria.

Toda esta informação é analisada pelo corpo clínico do Call center e está acessível a todos os médicos do Centro de Saúde de Cabeceiras de Basto.

A T-care é uma empresa pioneira no mercado nacional e ocupa-se da telemonitorização de sinais de saúde¹.

Os dados dos parâmetros monitorizados são enviados através de linha telefónica ou de TCP/IP para o Call-center da T-care onde são analisados e avaliados por profissionais de saúde e gravados na base de dados¹.

A Unidade Móvel tem encaminhado diversos utentes para o Serviço de Urgência devido à gravidade dos sinais e sintomas encontrados, outros para os médicos de família para avaliação.

Tem, também, contribuído para uma maior equidade no acesso aos cuidados de saúde, permitindo que os idosos das freguesias mais distantes da sede do concelho possam ser avaliados quinzenalmente.

A Unidade Móvel de Saúde tem tido uma colaboração estreita com o CS, disponibilizando toda a informação dos utentes aos médicos de família, contribuindo para a prevenção e promoção da saúde da população do concelho de Cabeceiras de Basto, constituindo uma resposta inovadora no distrito de Braga.

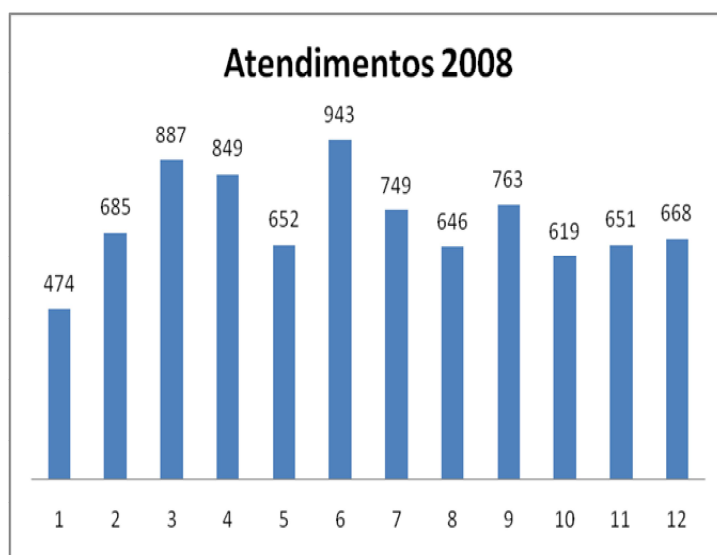


Figura 5 - Atendimentos realizados na U.M. em 2008

Campanhas de Sensibilização para a Adopção de Comportamentos Saudáveis - de Janeiro de 2008 até Abril de 2009

Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho
Hipertensão Arterial	Diabetes Mellitus tipo 2	Dislipidemia	Hiperuricemia	Práticas para saúde cardio-cerebro-vascular	Efeitos nocivos das ondas de calor	Efeitos nocivos das ondas de calor

Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril
Efeitos nocivos das ondas de calor	Anti-tétano	Anti-gripe	Cancro da mama	Cancro da próstata	Cancro colo-rectal	Intolerância alimentar e depressão	Patologia da tiróide	Rastreios de optometria e medicina dentária

Tabela 4 - Campanhas de Sensibilização da Unidade Móvel.

BIBLIOGRAFIA

- (1) www.t-care.pt