

Um caso de lúpus no centro de saúde

MÓNICA GRANJA*

RESUMO

O Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) é uma doença que, pela sua complexidade e gravidade, se insere na área de actuação dos cuidados hospitalares. Porém, o seu diagnóstico pode ser iniciado a nível dos Cuidados de Saúde Primários, podendo o médico de família vir a ser questionado pelo doente com LES sobre os planos diagnóstico e terapêutico, prognóstico e incapacidade.

Relata-se o caso de uma mulher de 27 anos que se apresenta com um síndrome febril prolongado e cujo diagnóstico de LES foi feito na sequência de estudo efectuado nos Cuidados de Saúde Primários. Manteve, nos meses seguintes ao diagnóstico, contacto frequente com o seu médico de família, partilhando apreensões, procurando conselho, e levantando questões sobre o LES.

Com a apresentação do caso, pretende-se rever as questões que esta entidade clínica (rara) pode levantar na consulta de Medicina Geral e Familiar, nomeadamente: diagnóstico de suspeição, estudo complementar inicial, apoio ao doente recém-diagnosticado, medidas terapêuticas não farmacológicas e complicações e incapacidades possíveis.

ABSTRACT

Because of its complexity and severity, systemic lupus erithematosus (SLE) is typically a hospital-managed disease. However, diagnosis can be initiated in primary health care, and the family physician may be questioned by the patient with LES on the diagnostic approach, the therapeutic plan, the prognosis and associated disability.

The case of a 27 year-old woman, presenting with fever of unknown origin and to whom SLE was diagnosed on the basis of the investigations started up in primary care is described. A frequent contact with her family doctor was kept in the months after the diagnosis, the patient sharing apprehensions, looking for advice, and questioning about SLE.

With this case, the author intends to review the questions that this rare clinical entity can raise in Family Medicine: suspicion diagnosis, initial complementary study, support to the just-diagnosed patient, non-pharmacological measures and possible complications and disabilities associated with the disease.

Palavras-chave: lúpus eritematoso sistémico, cuidados de saúde primários

Keywords: systemic lupus erithematosus, primary health care

INTRODUÇÃO

O Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) é uma doença que, pela sua complexidade e gravidade, implicando sofisticados meios diagnósticos e terapêuticos, se insere na área de actuação dos cuidados hospitalares. Porém, o seu processo diagnóstico pode ser iniciado a nível dos Cuidados de Saúde Primários, nomeadamente perante doentes com queixas inexplicáveis de dois ou mais órgãos ou sistemas. Ainda, pelas suas maiores acessibilidade e relação de proximidade, o médico de família pode ser questionado pelo doente recém-diagnosticado com LES sobre o

plano diagnóstico e terapêutico proposto pelo médico hospitalar, bem como sobre prognóstico e incapacidade, oferecendo-se ainda oportunidade para o reforço de algumas medidas terapêuticas não farmacológicas.

Relata-se o caso de uma mulher de 27 anos com um síndrome febril prolongado que a levou a recorrer várias vezes a consultas de urgência (no centro de saúde e no hospital) e a ser duas vezes internada para estudo. O diagnóstico de LES foi feito apenas no segundo internamento, após três meses de evolução do quadro e na sequência de estudo efectuado nos Cuidados de Saúde Primários.

Inscrita no Centro de Saúde (CS) da sua área desde há cinco anos, no qual, inclusive, vigiou parte da sua gravidez, a doente manteve, desde o início do quadro e nos meses se-

guintes ao diagnóstico, contacto frequente com o seu médico de família (MF), partilhando apreensões, procurando conselho e levantando questões sobre o LES.

Com a apresentação do caso, pretende-se, assim, rever as diversas questões que o LES, enquanto entidade clínica rara na consulta de Medicina Geral e Familiar (MGF), pode levantar, nomeadamente: diagnóstico de suspeição, estudo complementar inicial, apoio ao doente recém-diagnosticado, medidas terapêuticas não farmacológicas e complicações e incapacidades possíveis.

DESCRIÇÃO DO CASO

ARF, sexo feminino, 27 anos, rececionista/vendedora em loja de roupa, natural de França, onde viveu até aos 22 anos. Desde então,

*Assistente de Medicina Geral e Familiar
Centro de Saúde da Senhora da Hora – Unidade
Local de Saúde de Matosinhos

reside em Custóias, concelho de Matosinhos, frequentando a consulta do seu actual MF. Casada e com uma filha de dois anos, encontra-se na fase 2 do ciclo familiar de Duvall, enquadrando-se, a nível socio-económico, na classe III de Graffar. Dos seus antecedentes, salienta-se:

- Pai e avó paterna diabéticos
- Apendicectomia aos 18 anos
- Diabetes gestacional insulino-tratada e reclassificada no pós-parto como tolerância diminuída à glicose oral
- IGIP: parto distócico (fórceps e ventosa) em 2003

Frequenta a consulta de MGF de forma assídua e cumpridora, tendo realizado três consultas de planeamento familiar prévias à sua gravidez. A sua última consulta de vigilância reportava à revisão do puerpério e datava de dois anos antes da doença actual. Nesse período, compareceu no CS regularmente para consultas, quer de vigilância, quer por intercorrências, da sua filha.

Início de Maio

Consulta médico privado por quadro agudo de febre e mialgias. Terá realizado teste de Combur, sendo-lhe diagnosticada uma infecção do trato urinário (ITU) e instituída antibioterapia que não sabe precisar.

Meados de Maio

Consulta de novo médico privado, com sintomatologia semelhante à já descrita, sendo medicada com ciprofloxacina.

24 de Maio

Recorre a consulta urgente com o seu MF relatando os episódios anteriores, intervalados de duas semanas. Ainda sob antibioterapia, refere sentir-se melhor. São-lhe pedidos exames analíticos e uma ecografia reno-vesical.

24 de Junho

Recorre a consulta no Serviço de Apoio ao Serviço de Urgência (SASU) por mialgias e febre desde a véspera. É de novo medicada com antibiótico, ficando rapidamente assintomática e apirética.

5 de Julho

Recorre a nova consulta urgente com o seu MF. Relata o último episódio (o terceiro) e traz os exames pedidos em Maio. Ao exame objectivo salienta-se apenas um pulso radial de 103 ppm (rítmico, regular e amplo). Nos exames complementares constata-se uma ligeira anemia (11,2 mg/dL) normocítica normocrómica e uma significativa elevação da velocidade de sedimentação (VS) para 80 mm/h (Quadro 1). Posta a hipótese de um síndrome febril prolongado (SFP), são pedidos os exames habitualmente recomendados para exclusão de etiologia infecciosa, inflamatória e maligna: esfregaço sanguíneo, proteinograma, doseamento de proteína C reactiva (PCR),

hemoculturas, urocultura, coproculturas, serologias de hepatite, sífilis, sida, salmonelose, vírus Epstein-Barr, vírus citomegálico e doença de Lyme, anticorpos anti-nucleares, factor reumatóide, radiografia pulmonar e ecografia abdominal (além das transaminases, da desidrogenase láctica e da repetição das análises requisitados em Maio), realizando-se ainda de imediato uma prova de Mantoux (2 unidades). Não chega a fazer os exames pedidos pois, no final desse mesmo dia, reinicia febre. Recorre de novo ao SASU onde, perante a história e os resultados analíticos de que era portadora, é referenciada ao serviço de urgência hospitalar (SU).

5 a 20 de Julho

No SU realiza análises que revelam anemia sobreponível à já detectada, acompanhada agora de ligeira leucocitose, com neutrofilia, e de uma PCR de 5,98 mg/dL (Quadro 1). Realiza também radiografia torácica (que foi normal) e fica internada.

QUADRO I											
EVOLUÇÃO DOS PRINCIPAIS RESULTADOS ANALÍTICOS											
	CS*	H**	H	H	H	CS	CS	H	H	H	H
	Jun	05-Jul	07-Jul	14-Jul	20-Jul	29-Jul	01-Ago	01-Ago	02-Ago	09-Ago	16-Ago
Hb (g/dL)	11,2	11,6	10,8	10,7	10,1	8,9	9,8	8,6	8,8	9,0	9,9
VGM (fL)/ HbGM (pg)	N/N	N/N	N/N	N/N	N/N	N/N	N/N	N/N	N/N	N/N	N/N
Leucócitos (nº/µL)	N	11.500	13.400	N	N	N	N	N	N	N	11300
PMN/linfócitos (nº/µL)	N/N	9.000/N	11.500/1.000	N/N	N/N	N/N	N/N	N/N	N/N	N/N	N/N
VS (mm/h)	80		107	129	117	122	115		129		101
PCR mg/dl		5,98	17,01	3,82		12,53		7,28			
Reticulócitos (%)			0,3								
Ureia (mg/dL)	N	N	N	N			N	53	N		
Creatinina (mg/dL)	N	N	N	N			1,2	N	N		
Urina II	N							alterada			
Proteinúria urina											
24 horas (g)								1,23			
Clarence creatinina											
(mL/mn)								54,6			
Urocultura		estéril		estéril							

*pedidos no Centro de Saúde

**pedidos no Hospital

Com paracetamol em SOS como única terapêutica medicamentosa, fica assintomática e apirética desde o segundo dia de internamento e até à alta, quinze dias depois.

Durante o internamento são colhidos para cultura: sangue, urina, exsudado faríngeo e medula óssea. Todos se revelaram estéreis. Realiza ainda serologias para sífilis, borrelia, citomegalovírus, Epstein-Barr vírus, hepatite A, B e C e vírus da imunodeficiência humana. Nenhum destes resultados foi compatível com infecção aguda.

A prova de Mantoux iniciada no CS é lida às 72 horas, no internamento, sendo o seu resultado negativo. Faz ainda biopsia óssea que foi normal. São ainda monitorizados ao longo do internamento, entre outros, hemograma, plaquetas, VS, PCR e função renal, verificando-se um lento, mas constante, agravamento da anemia e PCR e VS persistentemente elevadas, atingindo a primeira um pico de 17,01 mg/dL (terceiro dia de internamento) e a VS um pico de 129 mm/h (nono dia de tratamento – Quadro I). A leucocitose com neutrofilia, verificada nas duas primeiras colheitas, já não se verifica nas colheitas a partir do nono dia de internamento. Não realiza nenhum exame sumário de urina ou sedimento (embora pedidos à entrada, nunca foram realizados).

É assim que, assintomática desde o segundo dia, tem alta ao fim de quinze dias. Com os resultados da mielocultura ainda pendentes, uma anemia de 10,1 mg/dL, uma VS de 117 mm/h e sem diagnóstico, é-lhe marcada consulta de Medicina Interna para dali a cinco semanas. Durante todo o internamento telefona regularmente ao seu MF, pon-do questões sobre resultados dos exames realizados, indagando possíveis conclusões, pedindo explicações

várias e revelando-se apreensiva por, apesar do seu bem-estar físico, se encontrar internada e ainda sem diagnóstico.

25 de Julho

Comparece, acompanhada do marido, a consulta urgente no CS contando que reiniciou febre logo no dia seguinte à alta. Refere ainda astenia e impressão (não dolorosa) de corpo estranho faríngeo, esta última já desde o internamento e que teria motivado a colheita de exsudado faríngeo. O casal revela-se preocupado perante a persistência do quadro, a ausência de um diagnóstico e a espera para a consulta hospitalar (5 semanas), dispondo-se a consultar médico em regime privado. Interrogada, a paciente refere que está sem trabalhar desde que foi internada.

Ao exame objectivo salienta-se palidez acentuada da pele e mucosas. Na amígdala esquerda são visíveis áreas de coloração branca compatíveis com exsudados purulentos. A palpação cervical e abdominal é normal.

Perante a evidência de um SFP (febre em várias ocasiões durante um período de quase três meses e sem diagnóstico após 15 dias de internamento), são pedidos novos exames complementares, dos quais se destacam aqueles ainda em falta para estudo do síndrome, nomeadamente, o estudo imunológico e a ecografia abdominal. Face a um possível foco sintomático a nível da amígdala esquerda, é contactado telefonicamente o serviço de Otorrinolaringologia (ORL) do hospital de referência com o qual se agenda uma observação para o dia seguinte. A paciente e o marido são alertados para a eminência de um diagnóstico, o que dispensaria, nesta fase, o recurso a uma consulta

privada, tendo o casal acedido em aguardar algum tempo.

29 de Julho

Comparece de novo em consulta urgente no CS sendo portadora dos exames pedidos e da informação clínica do colega de ORL: "(...) caseum nas amígdalas e 'afta' na língua. Penso ser um problema de Medicina Interna." Conta que na consulta de ORL lhe foi retirado o caseum com uma espátula, com melhoria sintomatológica imediata.

Dos resultados disponíveis (parciais pois falta ainda o estudo imunológico), destaca-se uma queda da hemoglobina para 8,9 mg/dL e a persistência da VS muito elevada (122 mm/h - Quadro I).

A ecografia abdominal não revela alterações mas o radiologista faz referência a um aumento da ecogenicidade do parênquima renal direito. A ecografia tiroideia revela um nódulo hiperecogêneo no lobo direito com 6,7 mm de maior diâmetro e três gânglios reactivos à esquerda.

Dado o agravamento sintomático, analítico e imagiológico do quadro, é contactado o laboratório de análises solicitando a maior brevidade possível no fornecimento dos resultados do estudo imunológico mas é, desde logo, recebida a informação de que tais resultados não estarão disponíveis senão dentro de três dias.

Em face desta informação, são ainda solicitadas novas análises, com hemograma, com VS, creatinina sérica (por lapso não pedida nas últimas análises) e função tiroideia.

1 de Agosto

Por contacto telefónico com laboratório são fornecidos os resultados do estudo imunológico que sugere LES (anticorpos anti-nucleares positivos, com pesquisas de anticorpos anti-DNA de cadeia dupla e anti-

-DNA de cadeia simples também positivas), bem como uma ligeira elevação da creatinemia (Quadro I). Estabelece-se então contacto telefónico com colega de Medicina Interna do hospital de referência que, perante o quadro e os resultados mais recentes, recomenda admissão através do SU.

1 a 17 de Agosto

Fica internada no serviço de Medicina onde confirma resultados e completa estudo. Apesar de, à entrada, a creatinemia se situar no limite superior do normal, a *clearance* da creatinina veio a revelar-se francamente diminuída, determinando-se ainda uma proteinúria de 1,24 g/dia (Quadro I).

É feito o diagnóstico de LES, referindo-se na nota de alta a “presença de quatro critérios: doença renal (proteinúria), anemia, alterações imunológicas e anticorpos antinucleares positivos”. No 11º dia de internamento inicia corticoterapia em altas doses (1mg/kg/dia de prednisolona), tendo alta ao 17º dia, aguardando a marcação de biópsia renal e com consulta externa marcada para a semana seguinte.

26 de Agosto

Comparece a consulta urgente no CS, contando do diagnóstico recente. Sente-se bem mas refere amenorreia de oito semanas (desde o primeiro internamento, altura em que abandonou a contraceção oral que fazia), usando actualmente método barreira. Levanta questões sobre a biópsia renal cuja marcação aguarda, mas cuja necessidade não compreende, revelando receio em a realizar. Afirma que gostaria de ouvir segunda opinião e pede conselho sobre qual a especialidade indicada para o efeito. Apresenta-se com humor adequado.

É referenciada à consulta de Ginecologia do hospital de referência para escolha de método contraceptivo em equipa multidisciplinar. Visto não dispor de conhecimentos que lhe permitam emitir conselhos sobre a realização da biópsia renal, o MF aconselha a paciente a questionar o médico hospitalar sobre indicações, benefícios e riscos da mesma. Informa-a ainda da existência da Associação Portuguesa de Doentes com Lúpus, fornecendo-lhe o respectivo contacto. É-lhe ainda passada a declaração de isenção de taxas moderadoras de regime especial de comparticipação medicamentosa, cujo código (despacho nº 11387-A/2003, de 23 de Maio) se insere na aplicação informática do CS.

21 de Setembro

Comparece a nova consulta urgente no CS para informar que consultou médico reumatologista a nível privado e que, doravante, permanecerá na sua consulta, não planeando regressar à consulta de Medicina Interna do hospital de referência. Nessa consulta privada foi-lhe reduzida a dose de prednisolona para 5 + 5 mg/dia e requisitadas novas análises para confirmação do diagnóstico, visto não dispor de cópia das realizadas no hospital. Caso o diagnóstico seja confirmado, será referenciada pelo médico em questão a uma consulta hospitalar de Reumatologia.

É-lhe pedido que, dado planear não regressar à consulta de Medicina Interna do hospital para onde foi pedida a consulta de Ginecologia, deve pedir ao seu novo médico (reumatologista) parecer sobre contraceção, de preferência escrito, para apresentar em Ginecologia.

29 de Setembro

Contacto telefónico com MF

referindo que se sente muito bem e com vontade de regressar ao seu trabalho, solicitando a sua opinião. É-lhe explicado que, independentemente do seu bem-estar imediato, deve ainda pedir parecer ao médico reumatologista que a assiste e que, dada a possibilidade de ainda vir a necessitar de deixar temporariamente de trabalhar, nomeadamente caso necessite de realizar biópsia renal, antes de retomar o seu trabalho se deve informar se a sua situação contributiva lhe permitirá, em qualquer dos casos, manter o subsídio de doença.

30 de Setembro

Comparece a consulta com MF para renovação de certificado de incapacidade temporária (CIT) pois optou por se manter sem trabalhar até terminar estudo solicitado pelo reumatologista e obter deste um parecer favorável ao seu regresso ao trabalho.

24 de Outubro

Comparece (convocada de véspera) a junta de verificação de incapacidade temporária para o trabalho, sendo considerada como mantendo a incapacidade.

31 de Outubro

É consultada pelo seu MF para renovação do CIT. Sente-se bem e ainda não fez os exames pedidos pelo reumatologista nem voltou a ser observada por ele. Tem marcação de Ginecologia / Planeamento Familiar para Janeiro de 2006. Mantém método barreira. É aconselhada a realizar os exames em questão e a recorrer à consulta de Reumatologia para pedir parecer também em relação ao método contraceptivo, visto já não frequentar a consulta de Medicina Interna do hospital onde tem marcação para Ginecologia. É reforçado o uso do método barreira

e lembrada a existência da contra-cepção de emergência.

COMENTÁRIO

No caso descrito, o LES apresenta-se inicialmente ao MF como um quadro compatível com duas ITU no espaço de duas semanas (verosímil dada a clínica e a boa resposta aos antibióticos referida pela paciente). Assim, a prioridade do MF foi excluir uma pielonefrite (dados os sintomas compatíveis com ITU alta) e/ou uma infecção por uma bactéria resistente (dada a recidiva clínica no intervalo de apenas 15 dias). Pediu, assim, alguns exames que avaliassem esta possibilidade ou suas sequelas, tentando, simultaneamente, detectar sinais de atingimento sistémico (através da VS e das enzimas hepáticas).

Na segunda consulta no CS, cinco semanas desde o início do quadro e após um novo (o terceiro) episódio de dor e mialgias e já na presença de estudo analítico que revelava atingimento sistémico (anemia ligeira e VS muito levada), o MF suspeita de um SFP, planeando o estudo destinado a despistar as etiologias infecciosa, inflamatória e maligna.

À excepção da prova de Mantoux, iniciada de imediato, este estudo não viria a ser realizado pois a doente é internada no próprio dia. Este internamento é discutível pois não havia critérios de gravidade clínica e, como é actualmente consensual,¹⁻² a abordagem diagnóstica do SFP pode ser conduzida em ambulatório.

Durante este primeiro internamento, parece clara a existência de uma presunção de etiologia infecciosa por detrás de toda a abordagem diagnóstica conduzida (serologias víricas, culturas de sangue, urina, exsudado faríngeo e medula óssea e um Rx

pulmonar na admissão), não sendo conduzidos exames para avaliar possíveis etiologias inflamatórias ou malignas para o quadro febril.

Apesar do bem-estar que refere durante este primeiro internamento, a paciente considera sinal de gravidade o facto de ter sido internada e assiste, plena de interrogações, à marcha diagnóstica empreendida. Mesmo internada, é ao seu MF que telefona regularmente em busca de esclarecimento.

Reiniciando febre de imediato após a alta, revela ao seu MF apreensão crescente pela falta de um diagnóstico e pela incapacidade que começa a sentir (está sem trabalhar desde o internamento). Neste contexto, dispõe-se a consultar “um especialista” (*sic*) na medicina privada, pedindo conselho ao MF. No entanto, explicada que lhe foi a possibilidade de se chegar rapidamente a um diagnóstico e assumido o compromisso de rápida referência após o mesmo, aceita a sugestão de completar o estudo com alguns exames simples. São, de facto, os resultados do estudo imunológico então pedido, associados a uma ligeira subida da creatinina, que colocam o LES como principal hipótese diagnóstica.

As manifestações clínicas do LES incluem habitualmente sintomas constitucionais (incluindo febre sem foco) e, simultaneamente, atingimento cutâneo, músculo-esquelético e/ou hematológico.³ Outrora causa importante de SFP, nos nossos dias o LES raramente se apresenta como tal por ser mais facilmente diagnosticado a nível laboratorial.¹ Por outro lado, dada a baixa prevalência da doença conferir baixo valor preditivo à pesquisa de ANA,³ o American College of Rheumatologists recomenda que este teste só seja feito a doentes com atingimento inexplicado de dois ou mais órgãos ou sistemas (como era o

caso da paciente em causa).

O diagnóstico de LES é descrito na nota de alta como tendo sido feito com os quatro critérios requeridos pelo ACP mas, de facto, um deles, a anemia, não era hemolítica como requerido (não se constatou reticulocitose e a DHL e a bilirrubina mantiveram-se normais). No entanto, sabemos que um outro quarto critério estava de facto presente: uma úlcera aftosa da orofaringe observada pelo colega de ORL. Iniciada a respectiva terapêutica, tendo sido reavaliada na consulta externa de Medicina e após pedir parecer ao MF sobre a realização de biópsia renal, a doente acaba por consultar um médico reumatologista em regime privado, abandonando a consulta externa do hospital. Tal resultou, certamente, do facto de a paciente não se sentir esclarecida quanto à necessidade de realizar a biópsia renal (nem, talvez, quanto ao motivo de tanta dificuldade diagnóstica). Com o médico reumatologista inicia novo e dispendioso estudo (além de virtualmente desnecessário, permitisse o sistema o rápido acesso aos exames já realizados), para confirmar o diagnóstico, com vista ao seu encaminhamento para a consulta externa de outro hospital.

Quando se comunica um diagnóstico a um paciente é sempre essencial assegurar que este recebe, de acordo com o seu grau de literacia, a informação necessária à compreensão do seu novo problema de saúde e à aceitação (ou recusa informada) de cada um dos passos diagnósticos e terapêuticos seguintes, avaliando sempre a sua adaptação ao seu novo estado. Esta é a noção central do consentimento informado que deve estar implícita em cada acto médico, sob pena de reduzir a adesão aos cuidados necessários ou de aumentar a insatisfação perante resultados abaixo

das expectativas do paciente. Infelizmente, o consentimento informado é ainda por vezes encarado como uma mera formalidade, ao serviço de uma prática médica paternalista, intervencionista e não centrada nos pacientes, não chegando a cumprir quaisquer dos seus desígnios.

Pela relação e conhecimento prévios que muitas vezes tem com o paciente, o MF encontra-se numa posição privilegiada para ajudar a passar a informação necessária, pese embora ter mais dificuldade em estar na posse de todos os conhecimentos necessários, como aconteceu neste caso. A existir, seria de máximo proveito uma articulação entre o MF e o médico hospitalar, um completando e facilitando as competências do outro.

De facto, lembresse-se o MF que cerca de metade dos doentes com LES desenvolvem nefrite lúpica (definida como proteinúria e, frequentemente, hematúria e cilindrúria), cujo potencial de evolução para insuficiência renal terminal não tem correlação com os achados clínicos (sedimento, proteinúria e creatinémia), mas sim com o tipo histológico de lesão glomerular, poderia talvez ter aquietado a paciente. Explicar-lhe-ia, assim, que a biopsia renal está sempre indicada na nefrite lúpica pois é o tipo de lesão encontrada que ditará o prognóstico e, logo, a agressividade da intervenção terapêutica.⁴ No caso particular do diagnóstico de uma doença crónica potencialmente grave (ou até fatal) como é o LES a uma paciente jovem previamente saudável, as consequências psicológicas (incluindo um processo semelhante ao do luto), familiares e sociais dele decorrentes carecem de ser correctamente previstas, avaliadas e orientadas por toda a equipa de saúde. Conhecendo também o contexto sócio-familiar dos pa-

cientes, o MF deve, desde logo, antecipar o risco de crise familiar e providenciar os necessários cuidados de suporte. Neste contexto, assume ainda particular importância a informação sobre a existência de associações de doentes.

Acessórios, mas indispensáveis na fase pós-diagnóstico, são ainda os procedimentos burocráticos decorrentes de um diagnóstico de LES, como é o preenchimento da declaração médica para isenção de taxas moderadoras e para regime especial de comparticipação medicamentosa. Na alçada privilegiada da MGF caem ainda as medidas terapêuticas continuadas do foro preventivo, nomeadamente a redução do elevado risco cardiovascular destes doentes através da promoção da adopção dos estilos de vida saudáveis. Uma dieta pobre em gorduras saturadas e rica em peixe, a manutenção do peso adequado, a prática do exercício físico e a cessação dos hábitos tabágicos, são medidas de indispensável prescrição e monitorização contínua.

Outra questão que a doente vem levantar ao CS duas semanas após a alta e três dias depois da consulta de seguimento de Medicina Interna, é a do planeamento familiar. Amenorreica e sem contracepção desde o internamento, é a paciente que assume esta iniciativa quando é sobejamente sabido que a abordagem das questões de planeamento familiar após o diagnóstico de LES numa mulher em idade fértil é obrigatória. Isto porque, por um lado, se iniciada em período de actividade da doença, a gravidez acarreta aumento do risco de exacerbações do LES e de complicações da própria gravidez, e, por outro, porque podem surgir problemas associados a métodos contraceptivos eventualmente em curso, impondo a ponderação de métodos alternativos.

Num estudo, de 86 mulheres portadoras de LES e frequentadoras de uma consulta específica, 39 referiram não ter recebido qualquer aconselhamento após o diagnóstico.⁵ Importa referir que, no subgrupo das mulheres portadoras LES com anticorpos antifosfolípideo, o uso de contracepção oral combinada aumenta o, já muito elevado, risco de trombose, pelo que está contra-indicada nestas mulheres.⁵ Já a associação deste método a exacerbações da doença é controversa. O uso de formulações combinadas de baixa dosagem tem sido advogado como seguro,⁶ aguardando-se os resultados de um ensaio clínico,⁷ já concluído e em fase de publicação, que poderá emitir orientações mais precisas neste campo. Quanto à utilização de contracepção progestativa exclusiva, esta tem sido consensualmente considerada segura.⁷⁻⁸ O dispositivo intra-uterino, pelo seu maior risco de provocar infecção, é, em geral, desaconselhado, em particular nas mulheres sob terapêutica imunossupressora.⁷

A fertilidade das mulheres com LES mantém-se, em regra, inalterada e é fundamental tranquilizá-las, não só a este respeito como também em relação à possibilidade de ocorrência de uma gravidez de curso e desfecho normais. Em simultâneo, devem (os casais) ser informados das complicações possíveis caso a caso, bem como da necessidade (para um melhor curso e desfecho) de planear a gravidez para um período de bom estado geral de saúde da mulher e após uma remissão clínica de pelo menos 6 meses (quanto mais longa melhor). O MF deverá aproveitar as oportunidades que surgirem para aconselhar a mulher com diagnóstico recente de LES sobre estes aspectos, assegurando que eles sejam devidamente endereçados, mas, a médio e

longo prazo, será mais adequado que as questões de planeamento familiar sejam tratadas em equipa multidisciplinar pelo reumatologista (ou internista), ginecologista e/ou obstetra hospitalares.

Ao fim de um mês e meio de corticoterapia, sintomática e laboratorialmente melhorada, a paciente considera, naturalmente, a possibilidade de retomar o seu trabalho. No entanto, sem poder prever a necessidade de internamentos ou recaídas a curto ou médio prazo, vê-se refém de um sistema de retribuições sociais que pune atitudes como a sua pois, uma vez retomado o seu trabalho, se voltar a ficar incapaz para o mesmo, poderá não ter direito a qualquer retribuição até que volte a trabalhar um determinado período de tempo de forma ininterrupta. Corroborando esta perversidade do sistema, ao ser convocada para junta de verificação de incapacidade, ao fim de dois meses de corticoterapia, assintomática e com excelente estado geral, foi prontamente considerada incapaz para o trabalho.

Um estudo retrospectivo de 159 doentes com LES identificou como factores preditivos de incapacidade para o trabalho o nível de escolaridade não superior, o facto de se ter uma profissão fisicamente exigente e a existência de doença com elevada actividade no momento do diagnóstico.⁹ Neste mesmo estudo, 40% dos pacientes referiu ter deixado completamente de trabalhar e 68% referiu alguma alteração à sua situação profissional. Numa doença que atinge frequentemente pessoas jovens (por vezes mesmo ainda em fase de formação escolar), a questão da incapacidade deve ser abordada numa perspectiva não só de curto prazo, ajudando os doentes a equacionarem a duração da sua incapacidade, como também de médio e

longo prazo, estimulando os doentes com menos escolaridade e actividades profissionais fisicamente mais exigentes a reformularem a sua situação, investindo, por exemplo, no atingimento de níveis mais elevados de escolaridade.

O processo de tomada de decisão clínica é uma das características específicas da MGF¹⁰ e prende-se com o facto de, na consulta de MGF, os problemas se apresentarem mais frequentemente de forma indiferenciada (mantendo-se como tal mesmo após alguma investigação) e não se enquadrando claramente nos grandes quadros que classicamente aprendemos nos livros e encontramos nas enfermarias hospitalares. Sendo em MGF a prevalência de muitas doenças inferior à sua prevalência em cuidados secundários, são também inferiores os valores preditivos dos respectivos sintomas ou achados, deixando assim o MF numa posição privilegiada para excluir doença (e o médico hospitalar, que vê pacientes previamente triados e com uma prevalência de doenças superior, em melhor posição para confirmar diagnósticos).

Com a apresentação deste caso, ilustrativo do processo de tomada de decisão característico dos diferentes níveis de cuidados, pretende-se ainda salientar o papel do MF enquanto especialista em pessoas e reduzido final de todos os seus problemas de saúde, espécie de gestor do paciente através dos diferentes níveis de cuidados do sistema de saúde, "actuando, se necessário, como advogado dos seus interesses", tal como vem sendo assumido como desejável pela WONCA (World Organization of Family Doctors, estrutura internacional representante de 97 associações de MF), nas suas mais recentes reflexões sobre a disciplina da MGF.¹⁰

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Amin K, Kauffman CA. Fever of unknown origin: a strategic approach to this diagnostic dilemma. *Postgrad Med* 2003 Sep; 114 (3): 69-75.
2. Mourad O, Palda V, Detsky AS. A comprehensive evidence-based approach to fever of unknown origin. *Arch Intern Med* 2003 Mar 10; 163 (5): 545-51.
3. Gill JM, Quisel AM, Rocca PV, Walters DT. Diagnosis of systemic lupus erythematosus. *Am Fam Physician* 2003 Dec 1; 68 (11): 2179-86.
4. Kasper DL, Braunwald E, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson JL. *Harrison's principles of internal medicine*. London: McGraw-Hill; 2004.
5. Lakasing L, Khamashta M. Contraceptive practices in women with systemic lupus erythematosus and/or antiphospholipid syndrome: what advice should we be giving? *J Fam Plann Reprod Health Care* 2001 Jan; 27 (1): 7-12.
6. Rampone A, Rampone B, Tirabasso S, Panariello S, Rampone N, Vozza A, et al. Contraception with the latest estrogen-progestagens in women suffering from systemic lupus erythematosus. *Minerva Ginecol* 2001 Feb; 53 (1 Suppl 1): 75-7.
7. Mok CC, Wong RW. Pregnancy in systemic lupus erythematosus. *Postgrad Med J* 2001 Mar; 77 (905): 157-65.
8. Ioannou Y, Isenberg DA. Current concepts for the management of systemic lupus erythematosus in adults: a therapeutic challenge. *Postgrad Med J* 2002 Oct; 78 (924): 599-606.
9. Partridge AJ, Karlson EW, Daltroy LH, Lew RA, Wright EA, Fossel AH, et al. Risk factors for early work disability in systemic lupus erythematosus: results from a multicenter study. *Arthritis Rheum* 1997 Dec; 40 (12): 2199-206.
10. WONCA Europa. A definição europeia de Medicina Geral e Familiar. 2002. Disponível em: URL:<http://www.apmcg.pt/document/71479/457322.pdf> [acedido em 02/09/2006].

Contactos:

Mónica Granja
Centro de Saúde da Senhora da Hora
Unidade Local de Saúde de Matosinhos
R. Lagoa, 4460 SRA. DA HORA
229568560

Recebido para publicação em 24/01/2006
Aceite para publicação em 05/09/2006