

U. PORTO



INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR
UNIVERSIDADE DO PORTO

Relatório de Estágio
Mestrado Integrado em Medicina

ESTÁGIO NO CENTRO DE SAÚDE DE S. MAMEDE DE INFESTA

Inês Cardoso dos Santos Pinto de Sousa

Orientadora:

Dra. Mónica Silva Granja

Porto 2017

RESUMO

Este trabalho reporta um estágio de 80h no Centro de Saúde de S. Mamede de Infesta.

Ao longo do curso senti falta de uma abordagem centrada na pessoa, com ênfase na comunicação, na relação médico paciente e nos aspetos mais subjetivos da medicina, como os sentimentos e emoções. Pretendi assim, com este estágio, adquirir ferramentas que me permitam melhor compreender o paciente no seu todo e estabelecer uma comunicação facilitadora da relação médico-paciente. Propus-me ainda a adquirir atitudes e competências necessárias à gestão dos problemas de saúde mais comuns, e à aplicação de medidas de prevenção e educação para a saúde.

Durante o estágio acompanhei uma médica de família na sua atividade assistencial, tendo assistido a consultas programadas, consultas abertas, consultas de recurso e domicílios. Tive a oportunidade de ver pessoas com idades compreendidas entre os 4 meses e os 96 anos de idade, saudáveis e doentes, com patologia aguda e crónica; estive presente em consultas individuais, consultas em família e consultas onde se falou de um familiar próximo doente. Assisti a momentos de grande alegria e outros de profunda tristeza. Conclui que, de facto, uma comunicação eficaz, o estabelecimento de empatia e uma relação médico-paciente baseada em confiança mútua são aspetos fulcrais para a prestação de cuidados de qualidade, com benefício tanto para o médico como para o paciente.

Pude ainda acompanhar a Unidade de Cuidados na Comunidade - sobretudo a Equipa de Cuidados Continuados Integrados, onde percebi o enorme valor da sua contribuição na comunidade.

O presente relatório visa assim ser uma reflexão crítica do estágio realizado, onde constam, para além de um enquadramento teórico, resumos de casos clínicos exemplificativos das principais características que tornam a Medicina Geral e Familiar uma especialidade tão particular.

No final, os objetivos inicialmente traçados foram atingidos.

SUMMARY

This report refers to an 80hour internship carried out at Centro de Saúde de S. Mamede de Infesta.

Throughout the course I noticed a lack of a person-centred approach, with emphasis in the communication, in the doctor-patient relationship and in the most subjective aspects of medicine, as the feelings and emotions. Thus, with this internship I intended to acquire tools in order to allow me to better understand the patient as a whole and to establish a communication facilitator of the doctor-patient relationship. Besides that, I proposed to acquire attitudes and competences needed to deal with the most common health issues and to apply preventive and health education measures.

During the internship, I accompanied a family doctor in her activity as, having assisted to programmed appointments, as well as non-programmed ones and household appointments. I had the opportunity to see patients aged between 4 months and 96 years old; either healthy or sick, ill with both chronic and acute diseases; I have been present in individual appointments, in family appointments and in appointments where the main topic was a sick relative. I assisted to moments of joy and sadness.

I concluded that an effective communication, the establishment of empathy and a doctor-patient relationship based in mutual trust are essential aspects to provide a quality care service, with benefits for both the doctor and patient.

I could also accompany the *Unidade de Cuidados na Comunidade* – mostly the *Equipa de Cuidados Continuados Integrados*, where I understood the huge value of their contribution to the community.

The present report aims to be a critical reflection of the internship, which records, in addition to a theoretical introduction, some clinical case summaries as an example of the main characteristics that make the General Practice/Family medicine such a particular speciality.

In the end, the initially proposed goals were achieved.

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

ACES	Agrupamento de centros de saúde
AINE	Anti-inflamatório não esteroide
AP	Auscultação pulmonar
AVC	Acidente vascular cerebral
CS	Centro de saúde
CSP	Cuidados de saúde primários
DCV	Doença cardiovascular
DM	Diabetes mellitus
DRC	Doença renal crónica
ECCI	Equipa de cuidados continuados integrados
EO	Exame objetivo
HgA1c	Hemoglobina glicada
HTA	Hipertensão arterial
MF	Médico de família
MGF	Medicina geral e familiar
TA	Tensão arterial
UCC	Unidade de cuidados na comunidade
UCSP	Unidade de cuidados de saúde personalizados
USF	Unidade de saúde familiar
USP	Unidade de saúde pública

ÍNDICE

I.	INTRODUÇÃO.....	1
1.	Contextualização teórica	1
1.1.	Cuidados de saúde primários em Portugal	1
1.2.	Origem e principais características da Medicina Geral e Familiar	2
1.3.	A comunicação na prática médica.....	3
1.3.1.	Método clínico centrado na pessoa	3
1.3.2.	A entrevista clínica	4
1.3.3.	Empatia	4
1.4.	Consultas ao Domicílio.....	5
II.	ESTÁGIO.....	6
1.	Local do estágio	6
2.	Atividades realizadas.....	6
3.	O estágio em números	7
4.	Casos clínicos	9
III.	A MINHA EXPERIÊNCIA.....	22
IV.	CONCLUSÃO	23
V.	BIBLIOGRAFIA.....	24

I. INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular “Dissertação/Projeto/Relatório de estágio” propus-me à realização de um estágio, alvo de relatório, na área da Medicina Geral e Familiar (MGF), na medida em que esta é uma especialidade com a qual me identifico.

Ao longo do curso, o hospital e o seu ambiente tornaram-se algo relativamente familiar, contudo raras foram as vezes que contactámos com os cuidados de saúde primários. Para além disso, a comunicação e os aspetos mais subjetivos da medicina, como os sentimentos e emoções, são aspetos pouco trabalhados, no entanto, essenciais para a boa prática clínica, pelo que, com este estágio, pretendi colmatar de alguma forma essas lacunas.

Assim, propus-me a acompanhar a Dra. Mónica Granja na sua atividade como médica de família no Centro de Saúde de S. Mamede Infesta, assistindo a consultas de MGF no consultório e no domicílio, e a Equipa de Cuidados Paliativos e a Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) na sua atividade domiciliária.

Os principais objetivos com a realização deste estágio foram: desenvolver competências e atitudes que me permitam melhor compreender o paciente no seu contexto individual, familiar e sociocultural, contactando com e pondo em prática os princípios de uma comunicação facilitadora da relação médico-paciente, e adquirir atitudes e aptidões necessárias à gestão dos problemas de saúde mais frequentes e à aplicação de medidas de prevenção e de educação para a saúde.

O ensino da medicina é essencialmente centrado no saber fazer: como fazer e quando fazer. No entanto, a consulta é um momento terapêutico onde o clínico para além de associar ao saber fazer tem de associar o saber ser: como ser e quando ser.

José M. Mendes Nunes

1. Contextualização teórica

1.1. Cuidados de saúde primários em Portugal

Atualmente, em Portugal, a missão de garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população cabe aos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) – serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, responsáveis por determinada área geográfica. Estes podem compreender as seguintes unidades funcionais: unidade de saúde familiar (USF), unidade de cuidados de saúde personalizados (UCSP), unidade

de cuidados na comunidade (UCC), unidade de saúde pública (USP), unidade de recursos assistenciais partilhados (URAP) e ainda outras unidades ou serviços propostos pela respetiva Administração Regional de Saúde e aprovados por despacho pelo ministério da saúde. Em cada Centro de Saúde (CS) componente de um ACES funciona, pelo menos, uma USF ou UCSP e uma UCC ou serviços desta, e cada ACES tem somente uma USP e uma URAP (Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro do Ministério da Saúde, 2008)¹⁵.

1.2. Origem e principais características da Medicina Geral e Familiar

Na obra *Textbook of Family Medicine*, McWhinney⁵ refere que as alterações que a medicina tem sofrido ao longo dos anos só podem ser compreendidas se observadas numa perspetiva histórica. O rápido progresso científico-tecnológico abriu o caminho para a especialização. No entanto, depressa se percebeu que a especialização crescente fragmentava os cuidados médicos, contribuindo para a degradação da relação médico-paciente. Em resposta a este problema, começaram a surgir em 1950/1960 colégios e academias de clínica geral em vários países, tendo sido estabelecidos assim os primeiros programas de formação pós-graduada em clínica geral, e a MGF passou a estar inserida nos currículos de formação pré-graduada.

Em 1982 surge em Portugal a carreira médica de clínica geral. O grau de clínico geral era obtido por aprovação no internato geral, realizado após conclusão da licenciatura em Medicina. O grau de assistente de clínica geral era adquirido mediante aprovação no correspondente internato complementar. O médico de clínica geral, era então entendido como o *profissional habilitado para prestar cuidados primários a indivíduos, famílias e populações definidas, exercendo a sua intervenção em termos de generalidade e continuidade dos cuidados, de personalização das relações com os assistidos e de informação sócio-médica* (Decreto-Lei n.º 73/90, de 6 de Março, do Ministério da Saúde, 1990)¹⁴.

A partir de 1984 o assistente de clínica geral passa a ser designado por médico de família (MF) e, nos nossos dias, o termo clínico geral é usado para designar um médico sem especialidade (www.sns.gov.pt/sns/servico-nacional-de-saude, consulta a 10 de maio de 2017).

Atualmente, a MGF distingue-se por um conjunto de princípios (McWhinney, 2009 e WONCA Europe, 2005)^{5,13}: a acessibilidade, o compromisso com a pessoa, a coordenação e prestação de cuidados longitudinais e continuados, a compreensão do contexto – pessoal, familiar e social - do paciente, o foco na prevenção da doença e na promoção de saúde, a atenção às necessidades da comunidade, a abordagem abrangente de problemas tanto agudos como crónicos de qualquer órgão ou sistema, e

a importância que é dada aos aspectos mais subjetivos da medicina (sentimentos e relação).

1.3. A comunicação na prática médica

Tal como refere McWhinney (2009)⁵, existe a ideia errada de que a maior parte dos erros na medicina são causados por falhas no conhecimento. Na verdade, muitos desses erros devem-se a falhas de comunicação. Estas falhas, que frequentemente são meros mal-entendidos, acabam por causar frustração a ambas as partes: insatisfação por parte do paciente e do médico, ineficácia na prática médica e conflitos. Assim, a comunicação é a essência da relação médico-paciente, relação essa que pode ser terapêutica.

Os sintomas são, por si só, uma forma de comunicação, em que o paciente traduz o seu desconforto e emoções perante aquilo que sente, sendo, muitas vezes, a principal fonte de informação sobre a qual se baseia toda a compreensão sobre o problema do paciente. A comunicação não verbal, como a postura, expressão facial ou gestos, é também importante, sendo que a sua interpretação depende de um grande número de fatores, nomeadamente da experiência passada e da cultura, tanto do emissor como do receptor.

A compreensão do contexto das queixas (a interpretação que o paciente já fez dos seus sintomas e a inter-relação entre o orgânico e o emocional) é fulcral, contudo, nem sempre é uma tarefa fácil. Neste contexto é importante que o médico esteja disposto a escutar atentamente, dando tempo para o paciente falar e incentivando-o a tal (com gestos, expressões ou perguntas abertas), de modo a que o segundo tenha a oportunidade de expressar a sua perspetiva sobre as queixas, eventuais medos e crenças, e a fazer perguntas, a fim de que decisões da consulta sejam partilhadas.

1.3.1. Método clínico centrado na pessoa

Este modelo clínico corresponde ao conceito de medicina da pessoa, sendo o seu objeto a singularidade de cada indivíduo, avaliado numa perspetiva holística, devendo o médico adaptar o seu discurso às características do paciente. O método clínico centrado na pessoa visa o estabelecimento de uma relação de mutualidade, onde o paciente deixa de ter um papel de espectador, passando a intervir nas decisões diagnósticas e terapêuticas. Através da criação de uma atmosfera de corresponsabilização, há uma tentativa de compreender o paciente e levá-lo a envolver-se, direcionando a entrevista clínica para o *empowerment* (VÍTOR RAMOS, 2008, p. 31)¹⁰.

1.3.2. A entrevista clínica

A entrevista clínica, para José M. Mendes Nunes (2010)⁷, pode ser definida como a conjugação da relação humana com as habilidades técnicas, constituindo uma oportunidade de o médico aplicar a sua arte e a técnica, o *saber* e o *ser*. A principal “ferramenta” terapêutica do MF é a conversa (*conversoterapia*), que se distingue da conversa vulgar pelo facto de ter um tema determinado, centrar-se no paciente e ocupar-se apenas dos seus problemas. O médico estrutura a conversa de modo a que esta seja o mais útil possível para o paciente.

A *conversoterapia* requer, da parte do médico, uma grande segurança e liberdade para sair de si próprio, num esforço exercido em duas fases: inicialmente identifica-se com o outro, para depois retomar o seu papel e recuperar a objetividade.

1.3.3. Empatia

A empatia constitui uma qualidade fundamental do bom entrevistador. Segundo José M. Mendes Nunes (2010)⁷, empatia é o “estar com” o outro e entender o seu ponto de vista. É importante distinguir a empatia de simpatia. Na primeira, o foco de atenção é o sujeito com o problema, ao contrário da segunda, em que o foco se afasta do sujeito para o ouvinte.

A empatia exprime-se de modo verbal e não verbal e requer uma intensa concentração, estando dependente da conjugação de dois componentes não-verbais: a sensibilidade ou descodificação (compreender as emoções dos outros através de linguagem não verbal) e a expressividade (expressar emoções através de linguagem não verbal).

A sensação de ser compreendido pelo outro é, em si, intrinsecamente terapêutica: ela quebra as barreiras de isolamento da doença ou do mal-estar e restaura a sensação de se sentir como um todo. [...] basta ao terapeuta ser congruente consigo próprio, aceitar o outro tal como ele é, sem juízos de valor, e estabelecer empatia para, automaticamente, o doente se sentir compreendido, o que por si só tem poder terapêutico, contribuindo para o desenvolvimento do auto-respeito e levando a encontrar soluções mais efetivas para a resolução dos seus problemas.

José M. Mendes Nunes, 2010

1.4. Consultas ao Domicílio

Há 50 anos as visitas domiciliárias eram grande parte do trabalho de um médico, contudo, vários fatores têm contribuído para a sua diminuição, nomeadamente: o facto de cada vez mais pessoas terem carros, facilitando a sua deslocação, a existência de vacinação e antibioterapia, que reduziu a incidência e tempo de duração das infeções agudas, e o surgimento dos telefones, que permitem que o médico faça recomendações e receba informação de follow-up, sem necessidade de deslocações, o que é importante, tendo em conta o grande aumento da carga de trabalho nos CS.

A consulta ao domicílio é um momento privilegiado, em que o MF tem a possibilidade de desenvolver a relação médico-paciente, fazer uma avaliação funcional mais acurada (observação do paciente nas suas atividades de vida diária), identificar as condições de habitação e eventuais perigos, avaliar diretamente a família e os seus recursos, e, muito importante, avaliar o cuidador.

Havendo cada vez mais razões para se minimizar os cuidados hospitalares, nomeadamente em pacientes idosos, os domicílios fazem cada vez mais sentido. Com o aumento da esperança média de vida, as doenças crónicas terão um peso cada vez maior na sociedade, com uma crescente sobrecarga do Sistema Nacional de Saúde. Daí que, a consulta ao domicílio seja uma mais valia, podendo reduzir a procura de cuidados hospitalares e internamentos (e custos associados) e, principalmente, a um maior conforto e qualidade de vida dos pacientes.

Contudo, os domicílios exigem ao médico uma grande flexibilidade e capacidade de adaptação, já que em muitas habitações as condições são precárias e a anamnese e exame objetivo são feitos num ambiente muito diferente do do consultório (fazendo falta, muitas vezes, os registos informáticos ou outros existentes apenas no CS). Por outro lado, um domicílio requer cerca do triplo do tempo necessário para uma consulta no consultório, aspeto cada vez mais relevante, tendo em conta a crescente pressão assistencial.

II. ESTÁGIO

1. Local do estágio

O ACES da Unidade Local de Saúde de Matosinhos agrupa os CS de Matosinhos, Leça da Palmeira, Senhora da Hora e S. Mamede Infesta, a USP de Matosinhos, o Centro de Diagnóstico Pneumológico e o Serviço Atendimento Situações Urgentes (SASU), garantindo a prestação de cuidados de saúde primários (CSP) à população do concelho de Matosinhos.

Por sua vez, o CS de S. Mamede de Infesta é composto pelas: UCSP S. Mamede, USF Infesta, UCC de S. Mamede Infesta - funcionando as 3 no mesmo edifício, e pela USF Porta do Sol, em Leça do Balio. O estágio teve lugar neste CS (na UCSP e na UCC).

2. Atividades realizadas

Inicialmente o objetivo era presenciar maioritariamente consultas ao domicílio. Comecei por acompanhar a minha orientadora às quintas-feiras de manhã, no entanto, por incompatibilidade de horário, tal deixou de ser possível, pelo que continuei o estágio assistindo às consultas no CS às segundas, terças e quintas de tarde. Durante duas manhãs e uma tarde acompanhei a UCC.

No CS, para além das consultas abertas (consultas urgentes a pacientes da própria lista) e de recurso (consulta urgente a pacientes do CS, mesmo que sem médico ou esporádicos), assisti a consultas programadas no âmbito de:

- Programas de vigilância de saúde infantil e juvenil, de saúde de adultos (incluindo idosos), de saúde materna e de planeamento familiar;
- Programas para pacientes com diabetes e hipertensão.

Ao longo do estágio pude avaliar os parâmetros vitais e antropométricos, e, em alguns casos, constatar alterações ao exame objetivo características de determinadas patologias. Sobretudo, assisti a um conjunto de consultas onde era patente uma relação médico-paciente de longa data, baseada em confiança e compreensão, um espaço de abertura (com silêncios frequentes) e sem evicção das emoções. Constatei que houve sempre a tentativa de corresponsabilizar o paciente pela sua saúde, tendo todas as decisões tomadas sido devidamente discutidas, de modo a consciencializar, tanto quanto possível, o paciente das consequências das mesmas. Entre consultas, discuti com Dra. Mónica a utilidade e indicação de determinados exames auxiliares de diagnóstico (por exemplo de rastreio oncológico), terapêuticas farmacológicas para os problemas de saúde mais comuns e vacinação; refletíamos ainda sobre o conteúdo das

consultas e sobre aspetos teóricos inerentes à relação médico-paciente e à comunicação.

Apesar do MF ser capaz de resolver a grande parte dos problemas dos seus pacientes, com frequência é necessário referenciar para consultas de outra especialidade. Neste contexto, percebi o quão importante é a elaboração de uma boa carta de referência, sobretudo para o paciente; isto é, se ao médico triador for dirigida uma carta que traduza a situação de forma completa e concisa, mais fácil, adequada e rapidamente o paciente será encaminhado de acordo com as suas necessidades.

Quanto à atividade assistencial não presencial, assisti à renovação da medicação crónica, interpretação e registo de exames auxiliares de diagnóstico, e contacto (através de via telefónica e, sobretudo, e-mail) com pacientes, cuidadores e outros profissionais de saúde. Neste âmbito, constatei a importância da comunicação via e-mail. Trata-se de uma forma acessível e segura, que não requer a disponibilidade concomitante dos intervenientes e onde tudo fica registado para possível consulta *a posteriori*. Para além disso, em alguns casos, pode até facilitar a comunicação, dado que algumas pessoas sentir-se-ão mais à vontade do que em contacto presencial, e ainda porque permite que o médico tenha mais tempo para refletir, decidir e melhor formular a mensagem que pretende transmitir.

3. O estágio em números

Durante o período de estágio assisti a consultas de MGF no CS, no total de 66 programadas, 19 abertas e 9 de recurso, perfazendo 57 horas (que incluem atividade assistencial presencial e não presencial). Estive presente em 11 consultas ao domicílio, totalizando 11 horas. Tive ainda a oportunidade de acompanhar a UCC na sua atividade domiciliária ao longo de 12 horas, tendo visitado 11 domicílios com a ECCI, 3 dos quais feitos em parceria com a equipa de cuidados paliativos. A distribuição das atividades realizadas (por número de eventos) está patente no **Gráfico 1**.

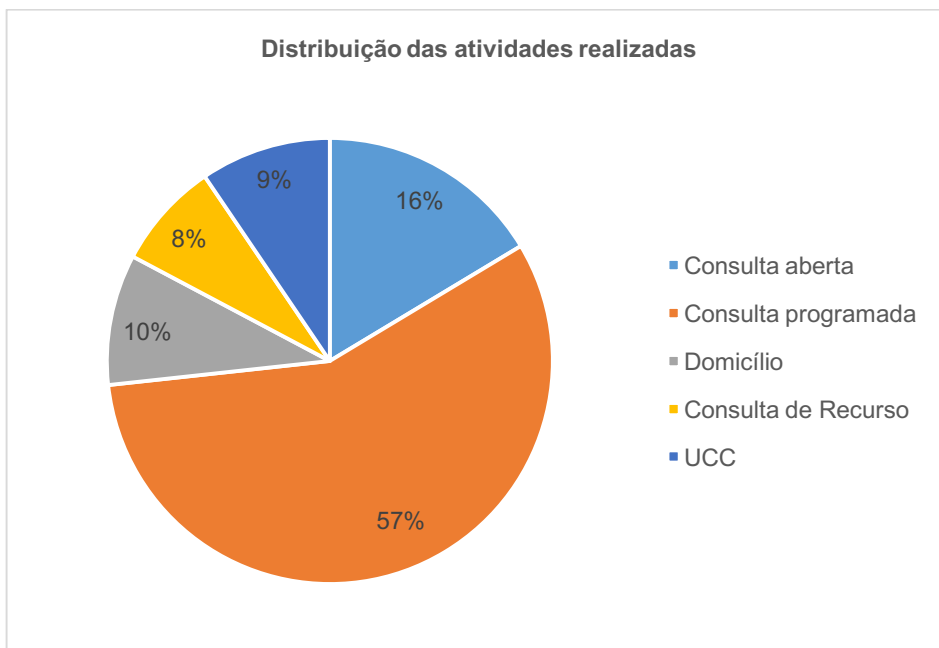


Gráfico 1 - Distribuição das atividades realizadas

Quanto à caracterização da população observada, 62% dos pacientes são do género feminino e 38% masculino, com idades compreendidas entre os 4 meses e os 96 anos, dados evidentes no **Gráfico 2**.

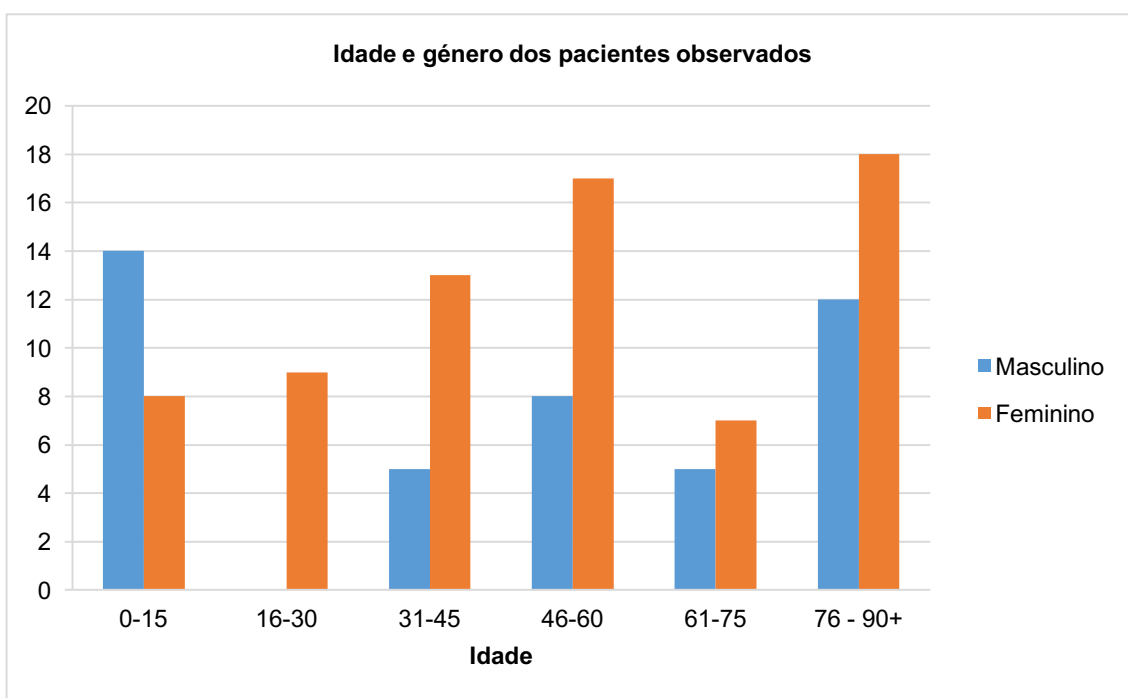


Gráfico 2- Idade e género dos pacientes observados

4. Casos clínicos

Ao longo do estágio constatei que, de facto, há um conjunto particular de características da MGF. Assim, selecionei resumos de casos clínicos que, entre outros aspetos, traduzem algumas dessas características. Para proteção da privacidade e confidencialidade dos pacientes em causa, todos os nomes usados são fictícios.

a) *Acessibilidade, cobrindo um vasto leque de atividades determinadas pelas necessidades e pela procura dos pacientes.*

Caso clínico 1

O Sr. Ferreira, de 63 anos, tem como antecedentes pessoais: doença pulmonar obstrutiva crónica, classificada como GOLD B (I)¹, medicado com brometo de tiotrópio; hipertensão arterial (HTA) medicada com losartan (0,5mg) + hidroclorotiazida (12,5mg) 1 comprimido por dia, com registos frequentes de hipotensão nas últimas consultas, e antecedentes de acidente vascular cerebral (AVC) com hemiparésia esquerda, medicado com ácido acetilsalisílico 100mg por dia.

Vem a consulta programada, referindo que permanece, desde a última consulta, com dor retroesternal em repouso, contínua, sem irradiação, de intensidade 3/10, sem fatores aliviantes, agravando apenas quando fuma. Do estudo já realizado: prova de esforço inconclusiva e ecocardiograma normal.

Grande fumador, agora em regressão, fumando 2 cigarros/dia.

Na última consulta foi prescrita estatina, que estava em falta, tendo em conta a história de AVC, mas refere ainda não ter iniciado por ter perdido a receita.

Ao exame objetivo (EO): tensão arterial (TA) 94/54mmHg.

Pondera-se reduzir anti-hipertensor. Porém, ao constatar-se que está confuso quanto à medicação em curso, suspeitando-se que esteja ainda a fazer amlodipina, fármaco que fora suspenso em 2015 por hipotensão iatrogénica, fica de voltar dali a dois dias com toda a medicação que faz.

É prescrita cintigrafia de perfusão miocárdica.

Discussão

O Sr. Ferreira é um exemplo de dificuldade na gestão do regime terapêutico, o que pode ter graves consequências, nesta situação, iatrogenia, sendo muito provável que os episódios frequentes de hipotensão se devam a excesso de medicação anti-hipertensora, pelo que se pondera reduzi-la. A concretização da revisão terapêutica

¹ Segundo classificação da *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease*

afigurava-se essencial, tendo a MF se disponibilizado para receber o paciente em dois dias, o que reflete o acesso aberto e ilimitado característico da MGF.

Segundo a norma nº 026/2011 da Direção Geral de Saúde, pelo facto do paciente ter antecedentes de doença cardiovascular (DCV) - risco acrescido muito alto - está indicada a associação de dois fármacos antihipertensores como primeira linha, assim, será recomendado que o paciente cesse amlodipina e mantenha losartan + hidroclorotiazida, com monitorização das TA para eventual ajuste da dose.

Quanto à precordialgia, apesar das queixas serem pouco características de dor anginosa (não atenua em repouso, não tem irradiação), tendo em conta a DCV, é perentória a exclusão de doença cardíaca isquémica, pelo que, perante prova de esforço inconclusiva, é pedida cintigrafia de perfusão do miocárdio.

Caso clínico 2

O Sr. Gomes, de 39 anos, recorre à consulta de recurso por tosse desde há dois dias, inicialmente seca, agora com expetoração amarelada. Sem odinofagia nem obstrução nasal. Não mediu a temperatura, mas refere ter arrepios. Não se auto-medicou.

Ao EO: apirético, auscultação pulmonar (AP) normal, faringe ruborizada, amígdalas ruborizadas e edemaciadas com exsudado purulento bilateral. Sem adenomegalias cervicais palpáveis.

Diagnosticado com faringoamigdalite aguda.

É prescrita penicilina intramuscular.

Discussão

As situações agudas são um exemplo clássico desta acessibilidade, pedindo-se aos CSP o atendimento destas situações no próprio dia.

Neste caso, apesar do quadro com dois dias de evolução, da ausência de febre e da tosse apontarem para uma infeção vírica, a idade e a existência de exsudado purulento é mais sugestiva de infeção bacteriana, sendo o agente mais provável o *Streptococcus do grupo A*, cuja terapêutica de primeira linha recomendada é amoxicilina (oral) ou penicilina G benzatínica (intramuscular).

- b) Coordenação de cuidados, utilizando de forma eficiente os recursos de saúde e assumindo um papel de advocacia do paciente sempre que necessário.

Caso clínico 3

O Sr. Lopes, de 84 anos, foi diagnosticado em 2014 com demência, que tem tido uma rápida progressão, encontrando-se totalmente dependente para as atividades de vida diária. Vive com a esposa e cuidadora (de 84 anos e com problemas osteoarticulares e asma).

É feita uma consulta ao domicílio por queixas de tosse e expectoração purulenta com 4 dias de evolução, após quadro gripal (com febre e rinorreia) 1 semana antes. AP: crepitações bibasais, sobretudo à esquerda.

Perante provável infeção respiratória baixa pós-síndrome gripal, opta-se por prescrever amoxicilina + ácido clavulânico.

Fala-se com a esposa, para marcar consulta com a assistente social no sentido de lhe proporcionar algum descanso, procurando alguém que a ajude nos cuidados de higiene, ou recorrendo a uma instituição (ainda que temporariamente).

Discussão

Nesta situação a coordenação é feita com a assistente social, com vista a cuidar da cuidadora, procurando-se identificar e otimizar recursos.

Cuidar de familiares está associado a inúmeros benefícios, mas também a desgaste físico e psicológico. Para além disso, o cuidador de alguém com demência está sujeito a uma pressão acrescida, pelos distúrbios de comportamento e necessidade de vigilância constante (Lauren *et al*, 2011)³. Assim, e sobretudo neste caso, acompanhar o cuidador é fulcral, a fim de se perceber as suas necessidades e recursos para lidar com a situação, pelo seu próprio bem-estar e pelo facto de que um declínio na sua saúde irá comprometer a sua capacidade de cuidar. Portanto, a esposa do Sr. Lopes, também ela muito idosa e com doenças crónicas, deve ser alvo de atenção e cuidados.

Caso clínico 4

O Sr. Alves, de 84 anos, tem diabetes mellitus (DM) tipo 2, sob antidiabéticos orais; hipertrofia benigna da próstata; trombocitopenia (seguido em consulta externa de hematologia – provável púrpura trombocitopénica idiopática); e hérnia lombar, associada a dor lombar crónica e cialgia frequente.

Trazido a consulta aberta acompanhado por esposa e filha por instalação de novo de sonolência e lentificação diurnas com agitação noturna (despertares frequentes em

estado confusional, referindo “ir apanhar cerejas ou trabalhar”). Recentemente fora polimedicado em consulta hospitalar para a dor com buprenorfina transdérmica 52,5 ug/h, diazepam 5mg, 1 comprimido 3 vezes ao dia e hidromorfona 5mg, 1 comprimido por dia.

Reviu-se a toda medicação, tendo sido suspensos os 3 últimos e posteriormente reintroduzida buprenorfina.

Discussão

O Sr. Alves é um exemplo de polifarmácia (uso de vários fármacos ou mais do que o necessário), algo muito frequente em cenários de multimorbilidade em idosos. Associadas à polifarmácia residem muitas consequências negativas: aumento dos custos em saúde, aumento da ocorrência de efeitos secundários dos fármacos e de interações medicamentosas, incorreta adesão à terapêutica e declínio funcional, sobretudo em idosos (Robert *et al*, 2014)⁶. Assim, o MF, na sua função de proteção e advocacia do paciente, deve inteirar-se de toda a medicação e fazer prevenção quaternária proativamente (Pandve, 2014)⁸. A coordenação com os médicos hospitalares é essencial, e o trabalho em equipa com todos os que acompanham o paciente beneficiará a qualidade dos cuidados prestados.

- c) *Medicina centrada na pessoa, compreendendo a perspetiva que tem em relação à sua saúde, tendo em conta as suas crenças, medos, expectativas e necessidades.*

Caso clínico 5

A D. Carolina, de 64 anos, foi diagnosticada com artrite reumatóide seropositiva em 1999, em consulta hospitalar. Tem dificuldades de locomoção, usando uma canadiana no exterior, e, em casa, desloca-se numa cadeira de escritório com rodas.

É feita uma consulta ao domicílio motivada pelo surgimento de tosse produtiva há 3 semanas, e astenia e mialgias há 1. À AP: roncos dispersos bilateralmente. Perante provável infeção das vias respiratórias inferiores, é prescrita amoxicilina + ácido clavulânico.

A senhora mostra uma grande adaptação à sua incapacidade e empenha-se em se preparar para as novas dificuldades que antecipa. Conversadora, gosta de contar como se foi adaptando à situação e de como a vê, enquanto responsabilidade que pode e deve assumir. O marido acompanha-a e é um grande suporte em todo o processo.

Discussão

A D. Carolina marcou-me bastante pela sua atitude, pela força e alegria que transparece.

Para o sociólogo da saúde Antonovsky (1996)¹, a saúde é um movimento num continuum que vai do total bem-estar ao total mal-estar. A **salutogénese** implica que a pessoa procure dirigir-se em direção ao extremo do bem-estar. Neste sentido, a conjugação de três fatores: a habilidade para compreender a situação, o encontrar uma razão para se mover em direção ao extremo da saúde e a capacidade de utilizar os recursos disponíveis para o fazer, é designada como **sentido de coerência**.

Sem dúvida que a D. Carolina tem um elevado sentido de coerência: a forma de pensar, ser e agir, influenciada por vários fatores, como a genética, a experiência passada, o suporte emocional (do marido sobretudo), permitem-lhe que utilize da melhor forma os recursos ao seu dispor (tanto internos como externos) na gestão da sua doença crónica, que compreende que se irá agravando progressivamente. Assim, com a serenidade de quem aceitou e assumiu a sua condição, conta como foi adaptando a casa e o que pretende ainda alterar, quais as principais dificuldades que tem no dia-a-dia, o que já não é capaz de fazer e o que vai conseguindo alcançar, ainda que com alguma luta.

Este exemplo mostra que, mais do que avaliar a doença, há que compreender o impacto dela na pessoa. Na presença de doença crónica, este impacto é o cerne dos cuidados da MGF. Cada um vive a sua doença de forma pessoal, pelo que, para lidar com a doença, é fundamental compreender de que forma a pessoa a vive.

d) Relação médico-paciente ao longo do tempo, através de uma comunicação efetiva, que pode ser terapêutica só por si.

Caso clínico 6

A D. Dalila tem 80 anos e encontra-se a recuperar de síndrome de Guillain-Barré pós sépsis, com ponto de partida urinário (esteve 4 meses internada), atualmente em casa, acamada e totalmente dependente para as atividades de vida diária. O marido e a filha cuidam da senhora, com o apoio de uma cuidadora formal.

Na consulta ao domicílio, o marido, o Dr. Ribeiro, médico obstetra aposentado, pede conselhos e discute algumas situações com a MF, nomeadamente o facto de uma das filhas, de 50 anos, com défice cognitivo ligeiro, não querer regressar ao trabalho para ficar a cuidar da mãe.

O Dr. Ribeiro vai várias vezes sozinho ao CS para conversar com a MF, triste com a situação clínica da esposa, que compreende que se está a deteriorar inexoravelmente.

Discussão

Mais uma vez, tal como no caso clínico 3, o cuidar do cuidador apresenta-se como um aspecto essencial. Porém, esta situação tem algumas particularidades: a D. Dalila encontra-se perfeitamente consciente, compreendendo a situação por que está a passar; a filha, com défice cognitivo, precisa também de acompanhamento, pelo que o Dr. Ribeiro está sob uma pressão constante pela responsabilidade de cuidar da esposa e da filha e pelo facto de, como médico, perceber bem a forma como a situação está a progredir. A sua relação de longa data estabelecida com a MF tem, claramente, um grande valor para o Dr. Ribeiro, que vai ao CS para conversar sobre o assunto, o que traduz exatamente a importância da comunicação e o seu potencial terapêutico.

Por outro lado, a MF, como médica dos 3 elementos do agregado familiar, conhece cada um há vários anos, tendo-se desenvolvido uma grande confiança, que leva a que esta tenha um papel preponderante na gestão do impacto da doença na família. A preocupação do casal com a filha é notória, assim, em família, durante o domicílio, é discutido o seu regresso ao trabalho, sendo-lhe dito que a mãe está a ser bem cuidada e que, apesar de gostar muito da sua companhia, ficaria mais tranquila se ela voltasse às suas rotinas, podendo auxiliar a mãe assim que regressasse a casa.

e) *Cuidados continuados e longitudinais em consonância com as necessidades do paciente.*

Caso clínico 7

A D. Elvira, de 87 anos, tem doença de Alzheimer diagnosticada em 2003 e DM tipo 2. Está totalmente dependente para as atividades de vida diária, sendo durante o dia acompanhada por uma cuidadora formal e durante a noite por uma filha.

Foi feita consulta ao domicílio para vigilância. A cuidadora apresenta registos diários de TA e glicemias capilares - excelente controlo. Sem queixas (segundo cuidadora), sonolenta e afásica.

Discussão

Este caso é interessante, na medida em que a médica acompanhava a senhora, no CS, ainda antes de se instalar o défice cognitivo, pelo que assistiu ao início e à progressão da doença, nomeadamente ao facto de a ter deixado de reconhecer. Agora

as consultas são feitas no domicílio, o que traduz a longitudinalidade e adaptação dos cuidados às necessidades dos pacientes.

Caso clínico 8

O Sr. Marques, de 96 anos, com déficit cognitivo ligeiro e sob anticoagulação oral após tromboembolismo pulmonar, está temporariamente internado num lar para dar descanso dos cuidadores.

Na sequência de uma queda na instituição, passou um dia no serviço de urgência em observação.

A MF foi ao lar, reavaliar a situação, a pedido dos familiares. Discute-se suspender medicação hipocoagulante com a especialista hospitalar de imunohemoterapia. Apresenta um razoável estado físico geral, tendo em conta a idade.

Discussão

Mais uma vez, tal como em casos clínicos anteriores, estão patentes a acessibilidade e a longitudinalidade de cuidados de acordo com as necessidades do paciente, deslocando-se a MF à instituição onde este se encontra, ainda que temporariamente.

Durante a visita, as enfermeiras do lar discutiram com a MF acerca da medicação hipocoagulante, devido ao risco hemorrágico associado à elevada probabilidade de nova queda. Percebi que, ao abordarem este assunto com a MF, as enfermeiras se sentiram mais seguras e confortáveis com a situação. Assim, também a coordenação de cuidados, já discutida em casos anteriores, aqui entre a MF, os profissionais do lar e a especialista hospitalar, assume um papel essencial.

f) Decisões tomadas com base na incidência e prevalência da doença na comunidade.

Caso clínico 9

A D. Fátima, de 58 anos, vem a consulta urgente por cefaleias holocranianas em pressão desde há 5 dias, tosse seca, congestão nasal, rinorreia anterior purulenta e odinofagia. Esteve resfriada há um mês. Não mediu a temperatura.

Ao EO: orofaringe ruborizada, otoscopia normal, AP normal, dor à pressão no seio frontal direito.

Foi medicada com fluticasona nasal, amoxicilina + ácido clavulânico e anti-inflamatório não esteróide (AINE).

São explicados sinais de alarme (surgimento de edema ou eritema palpebral, cefaleia intensa, alterações visuais, fotofobia) e recomenda-se que procure cuidados médicos caso estes surjam ou não melhore nos próximos 3 dias.

Discussão

O quadro clínico supracitado é sugestivo de uma rinossinusite (RS) aguda. Apesar da elevada incidência de RS aguda, e da elevada prevalência da RS crônica, há ainda poucos estudos epidemiológicos acerca desta patologia. A prevalência pontual do diagnóstico de RS ao nível dos CSP é de 19%, sendo mais de metade dos casos sob a sua forma crônica. A RS aguda surge frequentemente na sequência de uma infeção vírica e só raramente é complicada por uma infeção bacteriana (com complicações como sinusite crônica, celulite da órbita, nevrite óptica ou abscesso subdural). A utilização de antibioterapia não está recomendada inicialmente, a não ser que os sintomas sejam graves ou se prolonguem por um período superior ao que acontece numa infeção respiratória viral típica (Ezequiel *et al*, 2012)².

Assim, tendo em conta a evolução de um mês desde o resfriado, opta-se por prescrever antibioterapia (amoxicilina + ácido clavulânico – considerando que os agentes mais frequentes são o *Streptococcus pneumoniae* e o *Haemophilus influenzae*). O corticoide nasal e o AINE são importantes para a resolução da inflamação, melhorando a drenagem dos seios paranasais (neste caso, sobretudo o frontal) e assim facilitando a resolução da infeção.

Este caso clínico traduz ainda a acessibilidade da MGF e a capacitação do paciente típica do método clínico centrado na pessoa, onde o objetivo é que a pessoa seja parte interveniente e se responsabilize pela sua saúde.

g) Gestão simultânea de problemas agudos e crónicos.

Caso clínico 10

O Sr. Gonçalves, de 55 anos, tem DM tipo 2, estando medicado com metformina e controlado (HgA1c = 6.3%). Faz caminhadas diariamente. Não faz restrições alimentares.

Regressou há duas semanas de uma viagem às Filipinas, onde lhe surgiu uma mancha escura na unha de ambos os hálux. Nega traumatismo ou dor. Refere episódio semelhante há alguns anos, no mesmo contexto de viagem, o que se comprovou com fotografias que a MF tinha arquivadas, e que teve resolução espontânea.

Ao EO dos pés: equimoses subungueais, em ambos os hálux. Sem alteração da sensibilidade, sem úlceras ou outras lesões.

Recomenda-se que esteja atento à evolução, e que regresse caso não resolva ou haja um agravamento.

Discussão

O seguimento de pacientes com DM é extremamente comum em MGF. Neste caso, o problema está controlado com a prática de exercício físico e terapêutica com metformina, pelo que não são feitas alterações.

Frequentemente surgem pacientes com queixas inespecíficas, assim a gestão de risco é um aspeto chave. A abordagem do problema agudo tornou-se mais simples pelo facto de existirem registos do episódio anterior (o que traduz a longitudinalidade típica da MGF), onde houve resolução completa dos sintomas, assim opta-se apenas por vigiar. Esta situação representa também a incerteza, assunto que será abordado no caso clínico seguinte.

h) Gestão de situações que se apresentam de forma indiferenciada num estágio precoce da sua história natural, podendo necessitar de uma intervenção urgente.

Caso clínico 11

A D. Hilária, de 84 anos, com talassemia major e doença renal crónica (DRC) desde 2011, até à data sem necessidade de diálise, está em casa a recuperar de uma pneumonia adquirida na comunidade, com necessidade de internamento, onde fez antibioterapia com ceftriaxone e azitromicina.

Foi feita consulta ao domicílio dado que, 3 dias antes, acordara com edema no pé esquerdo, até ao tornozelo, com sensação de calor, dor com qualquer movimento e rubor. Nega febre e trauma recente.

Ao EO: pé esquerdo com volume aumentado globalmente, à palpação edema mole, doloroso sem localização específica, com rubor e calor. Sem possíveis portas de entrada para microrganismos. As análises realizadas dias antes, à data da alta, apresentavam uricémia de 12mg/dL.

Opta-se por prescrever amoxicilina + ácido clavulânico e reavaliar em 2 dias.

Discussão

A consulta ao domicílio da D. Hilária evitou a sua deslocação, que, se por um lado era dificultada pela alteração no pé, por outro deveria ser evitada por se encontrar ainda fragilizada, a recuperar de uma infeção respiratória grave.

O quadro não era típico: os sinais inflamatórios eram mais sugestivos de infecção, mas a ausência de porta de entrada e a uricemia apontavam mais para uma artrite gotosa, porém era necessário tomar uma decisão com esta incerteza. Como prova terapêutica os AINE eram arriscados dada a DRC grave, enquanto a antibioterapia seria mais inócua e com resposta mais rápida, pelo que foi a opção tomada, programando-se reavaliação em dois dias.

Frequentemente os médicos têm que tomar decisões baseadas em dados atípicos ou incompletos, o que leva a incerteza no diagnóstico, associada à imprevisibilidade da resposta dos pacientes ao tratamento. É importante reconhecer, aceitar e saber tolerar a incerteza. A utilização do tempo como ferramenta diagnóstica constitui uma estratégia de gestão da incerteza, poupando os pacientes a intervenções diagnósticas e terapêuticas supérfluas ou com relação prejuízo/benefício desfavorável.

Caso clínico 12

A D. Hermínia, de 58 anos, vem a consulta de seguimento. Refere lombalgia desde há 3 meses, que agrava em decúbito e leva a despertares noturnos frequentes, com dor intensa. Não atenua nem agrava quando caminha. Nega poliaquiúria, disúria e hematúria. Nunca mediu a temperatura. Não fez medicação. Automedicou-se, por infeção urinária há cerca de 3 meses, com fármaco dado na farmácia aquando de infeção anterior, mas não completara esquema terapêutico.

Ao EO: Combur - leucócitos +++, sem outras alterações. Sinal de Murphy renal negativo. Restante EO normal.

Medicada com ciprofloxacina 500mg de 12 em 12h, durante 8 dias. Prescrita urocultura para quando acabar tratamento. Recomenda-se que venha a consulta aberta caso não melhore nos próximos dias.

Discussão

Formas de apresentação atípicas são uma constante no CS, tendo o modo como são interpretadas implicações importantes nas decisões tomadas posteriormente. A lombalgia sem características mecânicas, associada à leucocitúria sugere uma pielonefrite, com cerca de 3 meses de evolução e sem o típico atingimento sistémico. Tendo em conta a história passada, incluindo ter feito tratamento, eventualmente incompleto, com fármaco que não especifica, opta-se por tratar como pielonefrite, prescrevendo uma quinolona - ciprofloxacina.

i) *Promoção da saúde e bem-estar, através de intervenções adequadas.*

Caso clínico 13

O Sr. Teixeira, de 45 anos nunca veio a consultas ao CS, para além das dos filhos. Diz que agora está “em idade de ser corretamente seguido”, portanto marca consulta. Nega antecedentes pessoais ou familiares de relevo, bem como consumos nocivos. Foi futebolista federado, continuando a praticar a modalidade esporadicamente. Alimentação sem restrições.

Ao EO: TA = 121/85mmHg, FC = 78bpm, IMC = 26 kg/m²; restante exame sem alterações.

Prescritas análises (hemograma, glicose em jejum e perfil lipídico).

Discussão

A consulta a saudáveis constitui uma parte do trabalho do MF, nelas predominando os procedimentos preventivos. É importante que as intervenções sejam apropriadas e efetivas, baseadas em evidência científica. Assim, a um homem saudável desta idade, para além dos realizados nesta consulta, outros procedimentos preventivos que poderiam estar indicados seriam o rastreio do cancro cutâneo (The Royal Australian College of General Practitioners, 2016)¹² e a verificação da vacinação antitetânica e diftérica (Direção-Geral da Saúde Programa Nacional de Vacinação 2017, 2016)⁹.

j) *Responsabilidade pela saúde da comunidade.*

Caso clínico 14

O João, de 1 ano, vem a consulta aberta por lesões na pele desde há 2 dias, algumas pruriginosas. Teve febre no dia anterior, não fez medicação. Várias crianças no infantário tiveram varicela no último mês.

Ao EO: pápulas eritematosas e algumas vesículas, dispersas pela face, nuca e couro cabeludo, abdómen e tronco, altamente sugestivas de varicela.

Medicado com anti-histamínico e recomendado a não sair de casa pelo menos durante a próxima semana.

Discussão

As recomendações de precaução no caso de doenças contagiosas são um exemplo desta responsabilidade da MGF para com a saúde comunitária.

Por sua vez, o constante cuidado com a atualização do Programa Nacional de Vacinação também reflete esta responsabilidade.

k) *Lida com problemas de saúde em todas as suas dimensões física, psicológica, social, cultural e existencial.*

Caso clínico 15

O Sr. Montenegro, de 71 anos, é totalmente autônomo. Tem DM tipo 2 diagnosticado em 2000, não insulino-tratado nem controlado (HgA1c de 8,9%). Está num programa de treino físico para pessoas com diabetes, coordenando atualmente parte das atividades. Medicado com doses máximas de gliclazida, sitagliptina e metformina. Nunca aceitou iniciar insulino-terapia (mencionando, entre outros motivos, que os colegas dos treinos insulino-tratados têm DM mal controladas e que sentem efeito secundários importantes). Acredita que os valores de HgA1c vão melhorar com caminhadas adicionais.

Discussão

Este senhor tem cuidado com a sua alimentação, pratica atividade física regularmente e cumpre a medicação prescrita pela MF (medidas insuficientes para manter uma HgA1c dentro dos valores recomendados), é, portanto, um excelente candidato a insulino-terapia. Porém, há já vários anos que acredita que será capaz de melhorar apenas com alterações no estilo de vida, não aceitando a insulino-terapia. O MF não deve julgar ou impor-se. É acima de tudo importante tentar compreender o que motiva essa opção, pois só assim o problema será solucionado. Em função das motivações apuradas, o médico deve informar o paciente das consequências da sua decisão e do benefício esperado com o tratamento.

Caso clínico 16

O Sr. Mateus, de 90 anos, autônomo para as atividades de vida diária, teve um AVC há 1 mês, sem outras sequelas para além de dificuldade na visão, sobretudo estereoscópica. É seguido em consulta externa de urologia por neoplasia da bexiga, mas não aceita tratamento (foi cuidador da esposa, que faleceu na sequência do mesmo problema). Teve o AVC por volta das 13h, em casa, às 14h seria submetido a uma intervenção no serviço de urologia - relaciona, portanto, o AVC com o seu estado de ansiedade.

Discussão

Mais uma vez, é perentório procurar compreender a decisão do paciente ao recusar tratamento. O Sr. Mateus cuidou da esposa que teve o mesmo problema e foi acompanhada no mesmo hospital, assim, o paciente tem uma patologia que conhece

bem (e todo o sofrimento e limitações associados ao seu tratamento) e será seguido num hospital e por uma equipa que o fazem reviver tudo aquilo por que já passou.

Nesta situação é fundamental que o paciente perceba que o seu MF compreende a situação e o apoia, fazendo o que pode para que a sua qualidade de vida se mantenha a melhor, dentro do possível.

III. A MINHA EXPERIÊNCIA

Como descrito acima, tive a oportunidade de assistir a um conjunto de consultas a pessoas imensamente díspares, saudáveis e com patologias totalmente distintas, mas onde a medicina centrada na pessoa foi uma constante. Foi extremamente enriquecedor e motivador acompanhar a Dra. Mônica, perceber a forma como se adaptava a cada paciente e constatar a importância da relação estabelecida ao longo do tempo (e da comunicação inerente a esta), do compreender o doente e a forma como este vive os seus problemas (assumindo aqui a empatia uma posição preponderante) e da função do MF como advogado do doente (cada vez mais, atuando na prevenção quaternária).

Por outro lado, a consulta ao domicílio é um momento de excelência, onde o MF está mais próximo da realidade do paciente. Neste contexto, foi marcante sentir o carinho e gratidão das pessoas enquanto abriam a porta das suas casas e recebiam a sua MF.

Quanto a conhecimentos teóricos, considerando o grande número de casos de pacientes com infeções respiratórias, com dores osteoarticulares, com HTA e com DM tipo 2, sinto-me agora mais apta e confiante para a abordagem destas situações. Por outro lado, constatei que queixas inespecíficas são constantes e que é fulcral ter a capacidade de gerir o risco associado às várias hipóteses de diagnóstico, tendo sempre em mente, no entanto, que a incerteza existe e que é extremamente importante reconhecê-la e saber tolerá-la, ajudando também ao paciente a consegui-lo.

A experiência com a UCC foi sem dúvida relevante, na medida em que, apesar de saber da sua existência e principais funções, desconhecia totalmente a sua atividade. Portanto, foi proveitoso ver como atuam: como ajudam o paciente a viver e a aceitar a sua condição e a preocupação que têm com a adaptação ao domicílio (o que muitas vezes é dificultado pelas condições habitacionais) e com a capacitação do cuidador. A diferença que estes profissionais fazem na vida das pessoas que acompanham reflete-se na forma extraordinária como são recebidos nos domicílios.

IV. CONCLUSÃO

Este relatório surge no culminar do Mestrado Integrado em Medicina, 6 anos de estudo, que pareceram para mim pouco, sobretudo no que diz respeito ao cuidar da pessoa.

Acredito que o que aprendi neste estágio terá uma presença constante no futuro como um exemplo de *saber ser e estar*. O contacto com pessoas, patologias e contextos tão diferentes, exigindo uma adaptação permanente sem juízos de valor, uma boa capacidade de comunicação e o estabelecimento de empatia, e a possibilidade de discutir todas as situações com a Dra. Mónica, permitiram-me desenvolver ferramentas que certamente me serão extremamente úteis doravante.

Findo o estágio e refletindo retrospectivamente, a satisfação pela opção que fiz é enorme. Concluo com o sentimento que os objetivos inicialmente propostos foram correspondidos.

É com pequenos atos e são os pequenos pormenores que mudam o mundo. O MF não é caracterizado pelo domínio de técnicas complexas, não recorre à vanguarda da tecnologia e invulgarmente se confronta com patologias raras. O MF constrói, passo a passo uma relação. Citando Margaret McCartney, “General Practice is joy in small things, and small things are big things” (*General Practice is a long game*, 2017)⁴.

V. BIBLIOGRAFIA

1. Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health promotion international*, 1996; vol. 11 nº 1: 11-18.
2. Barros E, Silva A, Vieira AS, André C, Silva D, Prata JB, Ferreira JP, Santos M, Gonçalves P, Leiria E, Gonçalves N, Andrade S. Avaliação da prevalência e caracterização da rinosinusite nos cuidados de saúde primários em Portugal. *Revista Portuguesa de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial*, 2012; vol. 50 nº 1: 5-12.
3. Collins LG, Swartz K. Caregiver Care. *American Family Physician*, 1 Junho 2011; vol. 83 nº 11: 1310-1316.
4. McCartney M. General Practice Is a Long Game. *BMJ*, 13 Fevereiro 2017; 356: 736.
5. McWhinney IR, Freeman T. *Textbook of Family Medicine*. 2009; 3ª ed.
6. Maher RL, Hanlon JT, Hajjar ER. Clinical Consequences of Polypharmacy in Elderly. *Expert opinion on drug safety*. 2014; vol. 13 nº1.
7. Nunes JMJ. *Comunicação em Contexto Clínico*, 2010.
8. Pandave HT, Quaternary Prevention: Need of the hour. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 2014; 3: 309-310.
9. Portugal, Ministério da Saúde. *Direção-Geral da Saúde Programa Nacional de Vacinação 2017*. Lisboa: DGS, 2016
10. Ramos V. 2. Capacidades e competências a desenvolver. *A CONSULTA EM 7 PASSOS*, 2008; 1ª ed: 20-37.
11. Simpkin AL, Richard MS. Tolerating Uncertainty — The Next Medical Revolution, *N Engl J Med*, 3 Novembro 2016; 375, nº 18: 1713–1715.

12. The Royal Australian College of General Practitioners. Guidelines for preventive activities in general practice, 2016; 9ª ed.: 42-43.
13. WONCA Europe (World Organization of Family Doctors). The european definition of general practice/family medicine. 2005. Disponível em: <http://euract.woncaeurope.org/sites/euractdev/files/documents/publications/official-documents/europeandefinitionofgeneralpracticefamilymedicine-fullversion2005.pdf>, acesso a: 10 de Maio de 2017.

Legislação consultada:

14. Decreto-Lei n.º 73/90, de 6 de Março, do Ministério da Saúde. Diário da República série I de 1990, nº 73/90: 958-970. Acedido a 5 de maio de 2017. Disponível em: www.dre.pt.
15. Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de fevereiro do Ministério da Saúde. Diário da República série I de 2008, nº 38: 1182 – 1189. Acedido a 5 de maio de 2017. Disponível em: www.dre.pt.