

Relatório de Estágio
Mestrado Integrado em Medicina



MEDICINA GERAL E FAMILIAR REALIZADA NO BRASIL

António Miguel Carvalho Costa

Orientador
Dr. António Barroso

Co-Orientador
Dr. César Favoreto

Porto 2009

Resumo

A disciplina de Medicina Geral e Familiar (MGF) constitui um primeiro contacto do estudante com a Medicina fora do ambiente Hospitalar, proporcionando uma oportunidade de familiarização com as características dos Cuidados de Saúde Primários.

Este relatório foi elaborado com a finalidade de descrever a experiência vivida no estágio em MGF ao longo de 8 meses, bem como o seu impacto para a formação no âmbito do curso de Medicina. Para isso, procedi à descrição do meu estágio realizado no Brasil, no Hospital Universitário Pedro Ernesto/Universidade Estadual do Rio de Janeiro (HUPE/UERJ) na disciplina de Ambulatório Medicina Integral (AMI), equivalente à MGF. Fazendo em seguida uma avaliação valorativa da sua importância e realçando os conhecimentos adquiridos durante o estágio.

Foram postas em evidência as características da MGF nos dois países e comparadas as duas realidades.

No final explicito a importância da disciplina enquanto parte integrante do currículo do Mestrado Integrado em Medicina, não só para a aquisição de conhecimentos em termos científicos, mas também para o desenvolvimento em questões éticas e competências de comunicação.

Agradecimentos

Ao meu excelente grupo de trabalho que muitas horas passamos juntos, aos grandes momentos de amizade e ajuda mútua de Douglas Poschinger, Marcos Rosa e Rafael.

Ao Dr. César Favoreto que me deu as orientações iniciais para fazer o relatório de estágio e com quem muito aprendi, sendo ele o médico responsável pelo funcionamento do meu grupo contribuindo para estreitar de uma grande amizade.

Ao Dr. Antônio Barroso meu orientador do relatório, que me ajudou bastante na organização e construção do trabalho final.

Aos docentes das Biomédicas e do HUPE/UERJ que permitiram a realização do 6º ano no Rio de Janeiro.

Índice Geral

Introdução	V
O Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS)	VI,VII
Gestão do SUS	VII
Actividades realizadas no HUPE/UERJ no período de Agosto 2008 a Abril 2009.....	VII,VIII
Objectivos, Conteúdo Programático e Metodologia da Disciplina no HUPE/UERJ	XIII,IX,X,XI
Medicina Geral e Familiar em Portugal	XI,XII
Conclusão	XIII,XIV
Bibliografia	XV
Anexo.....	XVI,XVII,XVIII,XIX,XX,XXI,XXII,XXIII
Anexo 1	p.1
Anexo 2	p.2
Anexo 3	p.3
Anexo 4.....	p.4

Introdução

Este relatório foi elaborado como um projecto de opção do 6º ano de Mestrado Integrado em Medicina do Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS), em parceria com o HUPE/UERJ no qual realizei todas as disciplinas equivalentes do ano e pressupõe a descrição das vivências do estágio da disciplina, bem como a extensão dela efectuado, num país em que a sociedade em que me inseri e a realidade de ensino foram totalmente novas e diferentes para mim.

A opção por elaborar o relatório sobre MGF deve-se ao facto de poder expor a minha experiência de estágio como estudante num país em que os alunos têm uma grande responsabilidade no bom funcionamento da Medicina. Com isso adquiri um grande enriquecimento na vertente prática da disciplina. Devido à relação de maior proximidade permitida ao aluno com o doente, do seguimento contínuo ao longo do tempo e do conhecimento do indivíduo no seio da família permitiu uma melhor compreensão das motivações dos doentes e suas reacções, a forma como se integram na sociedade, e como pode afectar a sua saúde. Deste modo, considero que este estágio para além de contribuir para a promoção de atitudes apropriadas nas relações profissionais, alargou também a minha experiência em questões éticas, e melhorou a minha capacidade de comunicação.

O Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS)

É um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Foi criado para dar resposta a mais de 180 milhões de habitantes do País. Abrangendo desde o simples atendimento de ambulatório aos transplantes de órgãos. Tem como função garantir acesso completo, universal, igualitário e completamente gratuito para toda a população.

Mas nem sempre foi assim. Antes da instauração do SUS pela Constituição de 1988, a saúde não era considerada como um direito social. O modelo de saúde, adoptado até então, dividia os brasileiros em três categorias: os que podiam pagar por serviços de saúde privados; os que tinham direito à saúde devido a terem um seguro associado às suas empresas; e os que não possuíam direitos.

Todo o conjunto de medidas realizadas pelo SUS, em todos os níveis do Governo, para o atendimento das necessidades pessoais e das exigências ambientais, compreende 3 grandes grupos designados *Campos de Acção de Saúde (NOB1996)*:

- a) O da assistência, em que as actividades são dirigidas às pessoas, individual ou colectivamente, e que é prestada no âmbito do ambulatório¹ e hospitalar, bem como em outros espaços, especialmente no domicílio.
- b) O das intervenções ambientais, no seu sentido mais amplo, incluindo as relações e as condições sanitárias nos ambientes de vida e de trabalho, o controle de vectores e hospedeiros e a operação de sistemas de saneamento ambiental
- c) O das políticas externas ao sector da saúde, que interferem nos determinantes sociais do processo saúde-doença dos grupos, de que são partes importantes questões relativas às políticas macroeconómicas, ao emprego, à educação, à habitação, à educação, ao lazer e à disponibilidade e qualidade dos alimentos.

Nos três campos referidos, enquadra-se, então, todo o espectro de acções compreendidas pelo SUS, representando a promoção, o tratamento e a recuperação da saúde, nos quais deve ser prioritário o carácter preventivo.

¹ Equivalente aos Centros de Saúde

É importante referir que existem, da mesma forma, conjuntos de actividades que configuram campos clássicos de actividades na área da saúde pública, constituídos por uma agregação simultânea de acções próprias do campo da assistência e de algumas próprias do campo das intervenções ambientais, de que são partes importantes actividades de vigilância epidemiológica e de vigilância sanitária.

Gestão do SUS (NOB,1996)

Ao estabelecer que a saúde é um dever do Estado, a Constituição Brasileira refere-se ao dever do Poder Público, abrangendo aí, a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios.

Isso quer dizer que a gestão do SUS é uma responsabilidade da União (pelo Ministério da Saúde); dos estados e do Distrito Federal (pelas Secretarias Estaduais de Saúde); e dos municípios (pelas Secretarias Municipais de Saúde).

Dessa forma, os gestores do SUS são os representantes de cada esfera de Governo designados para desenvolver as acções de saúde: no âmbito nacional, o Ministro da Saúde; no âmbito estadual, o Secretário de Estado da Saúde; e no municipal, o Secretário Municipal de Saúde.

De um modo geral, os gestores do SUS são responsáveis pela formulação de políticas/planeamento; pelo financiamento; pela coordenação, regulação, controle e avaliação (do sistema/redes e dos prestadores públicos ou privados); e pela prestação directa de serviços de saúde.

Actividades realizadas no HUPE/UERJ no período de Agosto 2008 a Abril 2009.

A decisão de ter efectuado o 6ºano no Brasil surgiu da vontade de conhecer outra realidade de ensino durante a minha licenciatura em Medicina, para tal foi celebrado um protocolo entre o ICBAS/UP e a UERJ/HUPE o qual me possibilitou fazer todas as disciplinas equivalentes do último ano (Medicina, Cirurgia, Saúde da Mãe e da

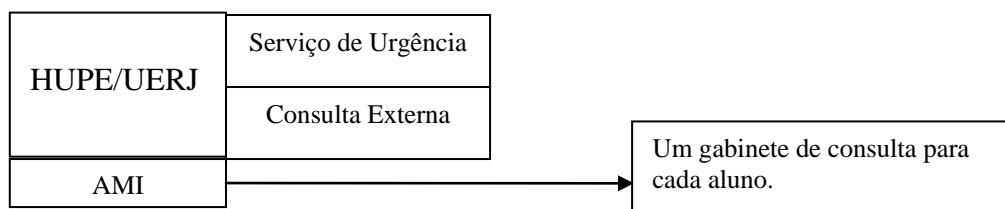
Criança e MGF), surgindo daí a minha proposta para Tese de Mestrado em que realizei o Relatório de Estágio da disciplina de MGF. Os meses passados no Brasil permitiram-me viver outras experiências diferentes às inerentes das disciplinas de curso, entre elas:

- Fazer urgências no Hospital Souza Aguiar, onde se encontra o maior Serviço de Urgência da América do Sul, e também no Hospital Miguel Couto, hospitais extremamente bem estruturados na área específica de Traumatologia
- Participar em cirurgias de Transplante de Fígado no Hospital Federal do Rio de Janeiro (HFRJ) com o Dr. Eduardo Fernandes (Médico responsável pela Unidade de Transplante do HFRJ)

Objectivos, Conteúdo Programático e Metodologia da Disciplina no HUPE/UERJ

O estágio em actividades ambulatorio realizado no HUPE/UERJ foi sem dúvida uns dos maiores ganhos que obtive na realização do 6º ano no Rio de Janeiro. A cadeira de Ambulatório de Medicina Integral (AMI) estava acoplado ao funcionamento do hospital, tendo funções semelhantes aos Centros de Saúde em Portugal.

Fig.1 –
Esquema
do hospital
onde
realizei o
meu estágio



Todos os alunos do Internato Médico do HUPE/UERJ (iniciado no 2º período do 5ºano) tem a obrigação de cumprir 52semanas com um turno de consulta de ambulatório por semana e fazer uma gestão da sua agenda de pacientes.

Como aluno do 6º ano na licenciatura em Medicina, no ICBAS, integrei a equipa de alunos e docentes que realizavam as actividades à 4ª feira. Efectuei as horas respectivas da disciplina de MGF e fiz um estágio por extensão nos dois últimos meses que estive no hospital realizando aproximadamente 80 horas. A minha equipa funcionava com 4 internos² e mais um docente (*um gabinete de consulta por aluno*). Cada um ficava com a responsabilidade de ver os seus pacientes em regime de segundas consultas, ou então

² A meio do 5ºano começa o Internato Médico

assumir a primeira consulta sempre com uma discussão final do caso com o médico docente.

Objectivos

- Introduzir o aluno mais precocemente no treino da consulta de ambulatório ampliando as possibilidades do processo de aprendizagem para além do ambiente estritamente hospitalar.
- Estimular o contacto precoce com diferentes formas de atenção primária à saúde
- Estimular a reflexão sobre as possibilidades da semiologia médica como método de investigação nos diferentes níveis de atenção à saúde, e a percepção de possíveis diferenças na aplicação desse modelo no ambiente de ambulatório.
- Aprender e desenvolver o raciocínio clínico e sua prática a nível da consulta do ambulatório onde os casos clínicos se caracterizam de perfis de apresentação bastante diversos e por vezes distintos dos que surgem a nível hospitalar.
- Aprender os conceitos dos cuidados médicos que valorizam a abordagem dos aspectos biopsicosociais no processo de adoecer.
- Experimentar, desenvolver e valorizar a prática do ambulatório multi e interdisciplinar.
- Procurar o aperfeiçoamento da relação médico-paciente e melhorar a resolatividade da atenção prestada.
- Possibilitar a avaliação crítica sobre a relação custo-risco X benefício de procedimentos habituais de investigação diagnóstica clínica.

De uma forma geral, todos os objectivos foram cumpridos devido ao facto de termos um apoio directo do médico docente, que estimulava os nossos conhecimentos e nos ajudava nos raciocínios clínicos, suportando sempre em conjunto os casos clínicos mais delicados. O conceito base de integralidade³ era sempre realçado em todas as consultas sendo a base para o bom funcionamento do serviço em que todos os alunos tinham uma abordagem, em que não só o objectivo primordial da consulta era o problema principal do paciente, mas também todo o contexto social em que ele se inseria. Muitos deles vinham de bairros sociais muitos desfavorecidos sendo que as condições mínimas de

³ Palavra usada para descrever uma abordagem biopsicosocial do doente

higiene quase nunca eram as mais favoráveis. Nem sempre era possível efectuar a conduta ideal para os pacientes por diversas razões, das quais se destacam dificuldade de transporte para a consulta em duas semanas consecutivas, dificuldades económicas em efectuar certos exames subsidiários e comprar a medicação proposta, entre outras. Nestas condições tenta-se reajustar a conduta face às suas possibilidades.

Sempre que necessário e possível as consultas eram marcadas com data coincidente ao dos familiares que estavam a ser acompanhados na consulta (Marido/Esposa, Pai, Mãe, Filho/a). Nos casos de doentes mais graves e com necessidade de internamento a equipa médica de Ambulatório reunia com o Chefe da Equipa de Urgência de 4ª feiras e chegavam a acordo quanto ao seu internamento. O contacto com o responsável era feito pessoalmente, tendo em conta que o SU era no edifício ao lado das consultas de AMI.

No final de todas as consultas o grupo de alunos que integrava a consulta e o seu tutor reuniam e faziam um breve resumo de todas as dificuldades ou dúvidas que surgiam no desenrolar das mesmas, permitindo assim partilhar experiências e/ou factos novos.

A consulta consistia em rever a situação do paciente que por norma era acompanhada sempre pelo mesmo aluno durante o período de estágio, efectuando uma anamnese dirigida a problemas correntes e a novas queixas, análise de exames de rotina pedidos em consultas prévias, exame físico e plano para obter melhores resultados numa próxima consulta.

O serviço de AMI não atendia pacientes fora da data marcada para consulta, tendo os pacientes em situações de Urgência dirigir-se ao SU respectivo da área respectiva.

Relativamente ao **Conteúdo Programático**, tinha como 2 objectivos principais:

- Treino na prática de ambulatório através de consultas sob supervisão
- Discussão mensal com a equipa Multidisciplinar, de casos clínicos contemplando doenças mais prevalentes na prática de ambulatório.

Durante estes meses que participei no funcionamento do Serviço desta disciplina tive várias sessões de formação, organizadas por Alunos (internos) e médicos docentes, visando os seguintes temas:

1-Hipertensão Arterial – Tratamento

2-Diabetes Mellitus

3-SIDA

4-Distúrbios Osteoarticulares – Artrite Reumatóide

5-Doença Coronária – Tratamento

6-Síndrome Dispéptica

7- Ansiedade/Depressão

8-Dislipidemias

Em conjunto com os meus 3 colegas de gabinete de consulta efectuamos uma apresentação dum caso clínico de uma paciente idoso com Artrite Reumatóide⁴.

Finalizando a estrutura da disciplina temos a **Metodologia** baseada em 3 pontos:

- Atendimento de pacientes de primeira consulta e seguimento no Ambulatório de Medicina Integral com discussão do caso com o supervisor responsável.
- Atendimento sob a forma de interconsulta com profissionais do Serviço Social e/ou Psicologia Médica.
- Discussão mensal de casos clínicos escolhidos pelos internos do sobre temas pré-determinados, com ênfase na abordagem biopsicosocial e avaliação da resolubilidade dos atendimentos.

A consulta de ambulatório tinha o suporte directo de uma equipa de Psicólogos ou pessoas da área de Serviços Sociais para acompanhar os casos sociais mais delicados como maus-tratos familiares, carência de alimentos, condições de habitação muito precárias, entre outros.

Todos os meses casos clínicos eram seleccionados para serem apresentados e discutidos.

Medicina Geral e Familiar em Portugal

MGF no ICBAS

A disciplina de MGF é constituída por 2 partes, sendo a primeira efectuada no 5º ano em que consistiu dar a conhecer aos alunos os cuidados de saúde primários e o papel dos Médicos de Família numa perspectiva de gestão dos problemas de saúde dos indivíduos, famílias e da comunidade, bem como, a promoção da saúde. Os alunos têm

⁴ anexo 1 – Caso Clínico

como objectivo adquirir os conhecimentos, competências e atitudes inerentes a um bom desempenho em MGF, antecipando assim o que será o ano profissionalizante⁵.

Terminando a primeira etapa, temos a cadeira do 6º ano de MGF⁶ que se molda em 2 componentes:

- Sessões teórico-práticas com abordagem de casos clínicos
- Estágio no C.S/U.S.F. (ensino acompanhado) tendo o aluno que acompanhar as várias actividades da consulta Medicina Familiar, domicílios, reuniões de serviço e cuidados de enfermagem às populações. Perceber o papel do Médico de Saúde Pública para a saúde das comunidades. Avaliar e fazer o seguimento duma família alargada no Centro de Saúde.

Os alunos do 6º ano do ICBAS passam a maior parte das 10 semanas nos Centros de Saúde e Unidades de Saúde Familiares com os quais o ICBAS tem protocolo celebrado com A.R.S., tendo os alunos acesso à lista de vagas disponíveis para escolha do local do estágio. Dentro desse horário o aluno poderá acompanhar as várias actividades da consulta de Clínica Geral, SAP./SASU, domicílios, reuniões de serviço e cuidados de enfermagem às populações. Os alunos têm determinadas tarefas a cumprir durante o período de estágio, o qual fazem parte do plano das actividades da disciplina de MGF. Assim como, o aluno deve realizar uma visita domiciliária a um utente idoso fazendo a avaliação da sua situação clínica, familiar e social.

As sessões teórico-práticas abordam os seguintes temas:

- Doentes-problema
- Estado de Arte (casos clínicos)
- Dar “más notícias”

Finalmente a discussão individual do estudo/relatório do agregado familiar.

As disciplinas do 5.º e 6.º ano de MGF se enquadram na generalidade das competências nucleares da disciplina no Brasil.

⁵ anexo 2 – programa de MGF 5ºano

⁶ anexo 3 – programa de MGF 6ºano

Conclusão

Após ter terminado o estágio em MGF no Brasil pude concluir que nas consultas de MGF o paciente se apresenta muitas vezes, ao médico, precocemente, sendo difícil fazer um diagnóstico nesse momento. A MGF lida essencialmente com sinais, sintomas e problemas de saúde. Numa fase inicial, os sinais e sintomas são frequentemente inespecíficos e comuns a um conjunto de doenças, tendo o Médico de Família o papel fundamental de diagnóstico, acompanhamento da maioria dos problemas/doenças e determinar as situações que necessitem de outra especialidade ou cuidados hospitalares. Também conclui que a prevalência e incidência das doenças são diferentes da que surge no contexto hospitalar, uma vez que não há selecção prévia, sendo as patologias mais comuns na população em detrimento das doenças mais graves que predominam nos hospitais.

Ao longo dos 8 meses tive o privilégio de poder assumir todas as consultas que me foram destinadas previamente, e com isso poder sentir a relação estreita que pode existir entre médico e doente tendo a possibilidade de observar, ouvir, sentir o paciente, compreendendo-o em toda a sua complexidade. Com isso, deparei que o conhecimento dos sintomas, sentimentos e crenças facilita não só o diagnóstico, como pode constituir por si só uma medida terapêutica, ou pelo menos ajudar a definir um tipo de tratamento. Esta foi uma das grandes vantagens de ter efectuado o 6º ano no Brasil em que a componente prática é muita mais acessível em todas as áreas comparativamente ao ensino em Portugal, tendo o aluno uma significativa importância para o bom funcionamento hospitalar.

Em termos comparativos da disciplina nos dois países, as duas assentam em conceitos base comuns, onde o paciente é visto numa perspectiva globalizante, estando o médico atento a que, durante o diálogo, se crie uma relação de confiança, que facilite a exposição de assuntos, que, podendo ser constrangedores para o doente e sobre os quais este tenha relutância em falar, estejam a afectar o seu bem-estar e a sua saúde, seja numa dimensão física, psicológica ou social. Em Portugal essa perspectiva globalizante é menos intensamente sentida devido ao facto de o aluno não conduzir a consulta na sua totalidade, em contrário do que realizei no meu estágio.

Posto isto, pode-se concluir que as duas disciplinas funcionam em 6 parâmetros comuns :

- Gestão em cuidados primários – conhecer a epidemiologia dos problemas e queixas apresentadas pelos pacientes. Conhecer o papel e as funções dos diferentes elementos da equipa; reconhecer os padrões mais comuns de queixas e sintomas no âmbito da MGF; saber diagnosticar os problemas do doente (História clínica, exame físico e ecd's) e fazer uma gestão dos mesmos; ter capacidade de comunicação e perceber a relação médico-doente
- Cuidados Centrados na Pessoa – A MGF posiciona-se como “medicina centrada na pessoa”, distinguindo-se por isso das outras especialidade. Ver o doente tendo em conta a vertente familiar, comunitária, social e cultural, respeitar as crenças e valores. Estabelecer parcerias sustentadas (compromisso e deliberação)
- Aptidões para a resolução de Problemas Específicos – Envolver o paciente em plano de acção. Saber definir e gerir um problema. Usar registo clínico em papel e electrónico. Valorizar a abordagem ética e ter conhecimentos dos recursos e a noção custo – eficiência e custo – benefício.
- Abordagem Abrangente – compreender como fazer a gestão simultânea de queixas e patologias múltiplas, assim como de problemas agudos e crónicos do mesmo indivíduo. Promover a saúde do indivíduo, família e populações, através de programas de prevenção e promoção de saúde no âmbito dos cuidados primários
- Orientação comunitária – compreender/conhecer a estrutura do sistema de saúde. Compreender as necessidades de saúde da comunidade.
- Abordagem Holística – Entender o doente como um “todo” bio psicossocial.

Dessa forma a MGF acaba por encontrar uma enorme diversidade de casos, sendo, esta uma área extremamente rica para a aprendizagem dos estudantes de Medicina, bem com esta experiência de estágio em MGF no Brasil foi extremamente útil no meu progresso como médico, permitindo melhorar as minhas aptidões de comunicação, assim como alargar a minha experiência em questões éticas.

Bibliografia

- Balint, M. – *O médico, o seu doente e a doença* – 1.ª Ed. Lisboa – Climepsi, 1998
- Conceptos e Instrumentos de la Atención Familiar - *Luís de la Revilla, Ed. Doyma, 1994*
- Glossário para Medicina Geral e Familiar - Comissão de Classificação da WONCA – Edição APMCG, 1997*
- Goroll A. H. et all – *Primary Care Medicine*, 4.th. ed. Philadelphia, J.B. Lippincott Company, 2000
- Guia prático da Comunicação Médico – Doente – Peter Tate – Editores Climepsi, 2003*
- Guia prático de Clínica Geral - Simon Cartwright, Carolyn Godlee – Editores Climepsi, 2003*
- Fauci A., Braunwald E. et al. - *Harrison's Principles of Internal Medicine*, 17th edition McGraw-Hill, Mars 2008
- McWhinney, I.R. - Manual de Medicina Familiar – Edição InforSalus, 1989*
- McWhinney, I.R. - *A Textbook of Family Medicine*. Oxford University Press; 2.ª edição, 1997
- Mendes Nunes José M. – Comunicação em Contexto Clínico – Bayer HealthCare, 2007*
- Rakel R.E. – *Textbook of Family Praticce*, 5th ed. Philadelphia, W.B. Sanders Company, 1995
- Rui Cairo - Registos clínicos em Medicina Familiar – publicação D.G.Saúde, 1991 (fotocópia)*
- ICPC-2 – Classificação Internacional de Cuidados Primários – 2.ª Edição – Classificação da WONCA – APMCG.*
- NOB-SUS – Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – SUS, 1996*
- Medicina ambulatorial – Brasil, 2005

Outras fontes:

- www.dgsaude.pt - Circulares Normativas e Informativas da Direcção Geral de Saúde, Orientações Técnicas, Programas de Saúde, Plano Nacional de Saúde 2004-2010
- www.apmcg.pt – Associação Portuguesa de Clínica Geral
- www.arsnorte.min-saude.pt – Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.

ANEXO 1

Caso Clínico

M.B. Processo : 1201065
Serviço AMI / Sala 11

HUPE/UERJ
Tutor: Dr. César Favoreto

#81anos

#HTA+DM Tipo II diagnostica em 2000, Artralgia generalizada (Suspeita de Artrite Reumatóide)

#Medicação: Glibenclamida 20mg/1xdia
Metformina 850/2xdia
Captopril 25mg/3xdia
Furosemida 40mg/1xdia
AAS 100mg/1xdia
Alendronato Cálcio + VitD 500/200
Prednisona 20mg/1xdia (4sem, 1cmp/dia)

Ao exame : Paciente lúcida, orientada, cooperativa, anictérica e hidratada.

Refere dor articular generalizada que não cede à medicação analgésica. A dor era agravada pelo movimento associado inchaço, calor, duração matinal +1 hora e hipersensibilidade no cotovelo direito, punho direito e esquerdo e joelho esquerdo. Os mesmos sintomas mais nódulos reumatóides nas articulações “metacarpo-falangicas”. Coluna cervical também afectada.

#Sem outros sintomas associados

Sinais Vitais : PA:130x80mmHg FR:80

ACV= Sem alterações AR= Sem alterações

Abdómen sem alterações

Membros : sem alterações

#Bioquímica : Glicose 130 mg/dl Creatinina 1mg/dl (restantes valores normais)

#Exames auxiliares : Factor Reumatóide (FR): 720 UI/ml

#Conduta:

Dosagem FR, glicose em Jejum, Ureia, Creatinina e Hemograma Completo
Parecer da Reumatologia
Iniciar Hidroxicloroquina 400mg/dia
Mantêm a medicação suspendendo a Prednisona após ter efectuado 4semanas.

ANEXO 2

Disciplina de Medicina Geral e Familiar I

Objectivos

Objectivos gerais:

- Sensibilizar os futuros médicos para adquirirem conhecimentos numa área com características próprias e âmbito específico de actuação.
- Fazer com que sejam apreendidas competências relacionadas com as necessidades de saúde do indivíduo, da família e da comunidade.

Objectivos específicos:

- *Área do Conhecimento:*
 - a) *O conceito de Cuidados de Saúde Primários e a sua evolução histórica;*
 - b) *Os princípios orientadores da MGF e o contexto organizativo da sua prática;*
 - c) *Os padrões mais comuns de sintomas e problemas de saúde da comunidade;*
 - d) *Da prevenção e promoção da saúde à reabilitação;*
 - e) *Dinâmica familiar;*
 - f) *Como o ambiente e o social afectam o binómio saúde/ doença;*
- *Área das Aptidões:*
 - a) *Colher e tratar a informação necessária para formular hipóteses diagnóstico e desenvolver planos de decisão terapêutica tendo em conta factores somáticos, psicológicos e sociais;*
 - b) *Identificar grupos de risco (para diagnóstico e controlo de doenças crónicas)*
 - c) *Identificar grupos vulneráveis;*
 - d) *Estabelecer formas eficazes de cooperação com outros profissionais médicos e não – médicos;*
- *Área das Atitudes:*
 - a) *Adaptar a comunicação às características individuais do doente;*
 - b) *Treinar técnicas de Entrevista clínica ;*
 - c) *Delinear e negociar o plano de actuação adaptado a cada situação;*
 - d) *Empenhar o doente a participar na gestão dos seus próprios problema;*

Programa

Introdução à MGF

Princípios fundamentais da MGF

Características e funções do médico de família

Introdução à comunicação:

- Bases da comunicação
- Comunicação verbal e não-verbal
- Atitudes comunicacionais
- Como evitar erros comunicacionais

Entrevista clínica

- Tipos de entrevista
- Técnicas de entrevista
- Simulação de entrevistas (role – play)
- A comunicação com doentes “difíceis”

Métodos de Avaliação Familiar

Registo Médico orientado por Problemas

Dinâmica Familiar

- A família como sistema
- Classificação e tipos de famílias
- Função e disfunção familiares
- Crises familiares e sua classificação
- Recursos familiares

Promoção e Prevenção -Grupos de Risco e Vulneráveis

Saúde Ocupacional

Discussão de casos - problema mais frequentes em MGF.

ANEXO 3

Medicina Geral e Familiar II

Introdução:

A nova definição de Medicina Familiar foi publicada em 2002 pela WONCA e tornou-se óbvio que carecia de actualização no séc. XXI, com vista à sua aplicação no que diz respeito ao ensino nomeadamente o pré-graduado.

O grupo EURACT (European Academy of Teacher's in General Practice) através da Agenda Educativa Euract de Medicina Geral e Familiar (1) – ferramenta que consideramos de grande importância – delineou as características fundamentais que a disciplina e o ensino da Medicina Geral e Familiar deve conter agrupando-a em seis competências nucleares que uma vez adquiridas se convertem em aptidões de desempenho com vista à sua aplicação prática nos cuidados de saúde.

Essas competências nucleares são:

- 1) *Gestão em Cuidados Primários*
- 2) *Cuidados Centrados na Pessoa*
- 3) *Aptidões para a resolução de problemas específicos*
- 4) *Abordagem abrangente*
- 5) *Orientação comunitária*
- 6) *Abordagem holística*

Com base nestes pressupostos que partilhamos incondicionalmente, apresentamos as bases do conteúdo curricular da área de Medicina Geral e Familiar II do 6.º ano profissionalizante, colocando em relevo os diferentes métodos para aquisição das competências básicas (“nucleares”) necessárias nesta área no âmbito da licenciatura em Medicina.

COMPETÊNCIAS NUCLEARES

1) GESTÃO EM CUIDADOS PRIMÁRIOS

- a) Conhecer a epidemiologia dos problemas e queixas apresentados pelos doentes em cuidados de Saúde Primários;
- b) Conhecer o papel e as funções dos diferentes elementos da equipa de C.S.P. e a integração da sua actuação nos serviços de saúde.
- c) Reconhecer os padrões mais comuns de queixas e sintomas no âmbito da MGF.
- d) Saber diagnosticar os problemas do doente (utilizando a história clínica, exame físico e ecd's) e geri-los para conseguir elaborar um plano de actuação negociada;
- e) Demonstrar capacidade de comunicação e perceber a sua importância na relação médico – doente.
- f) Valorizar a abordagem dos cuidados segundo uma perspectiva generalista com capacidade para lidar com a incerteza.

2) CUIDADOS CENTRADOS NA PESSOA

A Medicina Geral e Familiar posiciona-se como “ medicina centrada na pessoa”, distinguindo-se por isso das outras especialidades; É necessário a busca da compreensão da doença no seu contexto individual, familiar, social cultural, não descurando os aspectos subjectivos da doença. Estes dois conceitos constituem os pilares fundamentais e as condições prévias do método clínico centrado no paciente: ver o doente como uma pessoa tendo em conta as vertentes familiar, comunitária, social e cultural, respeitar as crenças e valores.

- a) Aplicar modelo da consulta centrada no doente, tendo em conta a grande importância da continuidade do processo relacional pessoal, da informação e dos cuidados (responsabilização)
- b) Estabelecer parcerias sustentadas (compromisso e deliberação).
- c) O médico como pessoa com equilíbrio e valores:
 - *capacidade* para pôr os doentes à vontade
 - *comportamento profissional* (pontualidade, apresentação e cortesia)
 - *Respeito* pela decisão e dignidade dos doentes

3) APTIDÕES PARA A RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS ESPECIFICOS

- a) Conhecer a incidência e a prevalência dos problemas comuns e a sua resolução de modo contextualizado;
- b) Uso do registo clínico em papel e electrónico;
- c) Saber como definir e gerir um problema
- d) Saber conduzir uma pesquisa eficiente para definir os problemas.
- e) Saber envolver o paciente no plano de acção.
- f) Saber tomar decisões em situações de “urgência” em cuidados primários.
- g) Saber lidar com problemas indiferenciados e ter capacidade para tolerar e lidar com a incerteza.
- h) Valorizar a abordagem ética e ter conhecimentos dos recursos e a noção custo – eficiência e custo – benefício (uso e percepção dos recursos limitados).

4) ABORDAGEM ABRANGENTE

- a) Compreender como fazer a gestão simultânea de queixas e patologias múltiplas (multimorbilidade), assim como de problemas agudos e crónicos do mesmo indivíduo;
- b) Promover a saúde a nível individual como parte integrante da consulta;
- c) Promover a saúde do indivíduo, família e populações, através de programas de prevenção e promoção da saúde no âmbito dos cuidados primários

5) ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

“ A responsabilidade dos Médicos de Família não acaba com a consulta do doente, mas é também influenciada pela composição da comunidade em que trabalha, fazendo-o tomar muitas vezes decisões que podem influenciar a política de saúde na comunidade”.

- a) Compreender/ conhecer a estrutura do sistema da saúde.
- b) Compreender as necessidades de saúde da comunidade.
- c) Compreender as inter relações entre saúde e cuidados sociais.
- d) Compreender o papel dos outros profissionais envolvidos na saúde da comunidade.
- e) Conhecer os recursos de saúde da comunidade, disponíveis de modo a conciliar as necessidades de saúde da pessoa e da comunidade.

6- ABORDAGEM HOLÍSTICA

- a) Conhecer o conceito holístico e as suas implicações nos cuidados dos doentes.
- b) Entender o doente como um “todo” bio psicossocial.
- c) Demonstrar aptidões para transformar a componente holística em medidas prática.

COMO VAI DECORRER O ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE

A) Sessões no Ensino (*Ex-Cicap*)

Conforme constará do Cronograma haverá 4 sessões teórico-práticas, que terão lugar no edifício do Ensino no C.I.C.A.P.

- Programação dos estágios; “Doentes-problema”; “Estado da arte”; Dar “más” notícias;
- Nelas serão “trabalhados” casos clínicos de situações prevalentes na prática clínica, realizadas videografações de consultas simuladas para análise, discussão em pequenos grupos de temas pertinentes.
- Discussão individual do relatório/estudo do agregado familiar e domicílio, seguido por cada aluno.
-

B) Estágio no C.S./U.S.F. (*ENSINO ACOMPANHADO*) – Horário semanal: 35h/sem.:

- Como se pretende que os alunos adquiram contacto e treino básico em Medicina Geral e Familiar grande parte do estágio de dez semanas será feita nos Centros de Saúde e Unidades de Saúde Familiares com os quais o ICBAS tem protocolo com A.R.S.

- Os alunos terão acesso à lista de vagas disponíveis para escolha do local do estágio.

- Excepcionalmente poderá realizar-se o estágio num C.S. ou U.S.F. não abrangidos pelo protocolo. Para esse efeito deve haver um contacto prévio com o responsável pela colocação dos alunos e também a autorização explícita da Direcção do Centro de Saúde/U.S.F. Só depois de cumpridos estes dois pressupostos será analisada a situação e autorizado o respectivo estágio.

- Dentro do horário semanal previsto, para estar no Centro de Saúde, participar nas actividades designadas pelo tutor que poderão incluir:

- **Acompanhar as várias actividades** da consulta de Clínica Geral, SAP./SASU, domicílios, reuniões de serviço e cuidados de enfermagem às populações;
- **Perceber o papel do Médico de Saúde Pública** para a saúde das comunidades.
- **Adquirir as competências e realizar as tarefas**, conforme listagem distribuída, **a executar no Centro de Saúde/U.S.F.**
- **Avaliar e fazer o seguimento dum família alargada no Centro de Saúde**, em termos:
 - a) Avaliação global dos problemas de saúde dos diferentes elementos em termos de vigilância e promoção da saúde
 - b) Elaboração de plano de acção a curto (incluindo terapêutico), médio e longo prazo para cada elemento da família.
 - c) Identificação dos recursos necessários para o item anterior.
 - d) Utilização de pelo menos 4 métodos de avaliação familiar.
 - e) Percepção dos motivos de consulta para consultar o médico
 - f) Exploração das ideias dos utentes/doentes sobre a sua saúde/doença.
 - g) Exploração dos factores de risco profissionais, ambientais e cardiovasculares ao nível da sua actividade actual ou anterior, substâncias de abuso, hábitos, incluindo medicação, estado de imunidade, condições de habitação, história familiar de saúde, sistemas de apoio entre os membros da família.
- **Realização dum visita domiciliária dum utente idoso (avaliação clínica, familiar e social)**

ANEXO 4

NOME DA DISCIPLINA	CÓDIGO	CARGA HORÁRIA
Ambulatório de Medicina Integral I	FCM02-05799	395 h

DEPARTAMENTO: Departamento de Medicina Interna
PRÉ-REQUISITO: Aprovação em todas as disciplinas anteriores da Graduação

DURAÇÃO DO CURSO: 5 ^o /6 ^o ano de graduação - 52 semanas 3 ^o ano de graduação - 13 semanas
HORÁRIO: 5 ^o /6 ^o ANO - 1 turno ambulatorial de 6 horas/semana em dia fixo 3 ^o ANO - 1 turno ambulatorial de 4 horas/semana às quartas-feiras pela manhã, alunos do Dr. Eduardo Costa de Freitas Silva

PROFESSORES E QUALIFICAÇÃO
COORDENADOR: Michael Devesa/Professor Assistente/Mestrado em Medicina Social
PROFESSORES: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ricardo Donato Rodrigues/Professor Assistente/Mestrado em Medicina Social ▪ Tatiana Tavares Da Silva/Professora Assistente/Mestrado em Cardiologia ▪ Denise Herdy Afonso Alves De Lima/Professora Auxiliar/Residência em Clínica Médica/Pós-Graduação em Medicina do Trabalho (Universidade Gama Filho)

OBJETIVO(S)
<p>O treinamento em atividades ambulatoriais realizado pelos alunos da graduação da Faculdade de Ciências Médicas da UERJ é considerado fundamental para o desempenho adequado na futura prática profissional.</p> <p>Entretanto, temos verificado que os internos do 5^o e 6^o ano encontram grandes dificuldades nos estágios ambulatoriais, fruto do processo educacional que conduz o modelo médico atual: o ensino e prática hospitalocêntricos.</p> <p>Buscando ultrapassar estas dificuldades organizamos a prática ambulatorial na Disciplina de Medicina Integral visando alcançar os seguintes objetivos específicos para:</p> <p>Alunos do 3^o ano da FCM</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Introduzir o aluno mais precocemente no treinamento ambulatorial ampliando as possibilidades do processo de aprendizado para além do ambiente estritamente hospitalar. ▪ Estimular o contato precoce com diferentes formas de atenção primária à saúde. ▪ Estimular a reflexão sobre as possibilidades da semiologia médica como método de investigação nos diferentes níveis de atenção à saúde, e a percepção de possíveis diferenças na aplicação desse modelo no ambiente ambulatorial. ▪ Discutir características peculiares da assistência ambulatorial visando melhor adequação do emprego da propedêutica clínica e complementar. <p>Internos do 5^o/6^o ano da FCM</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aprender e desenvolver o raciocínio clínico e sua prática a nível da atenção ambulatorial, onde a demanda se caracteriza por apresentar perfis de adoecimento bastante diversos e distintos daqueles observados na prática hospitalar. ▪ Aprender os conceitos de integralidade da atenção médica que permeiam a abordagem dos aspectos biopsicosociais do processo de adoecimento. ▪ Experimentar, desenvolver e valorizar a prática ambulatorial multi e interdisciplinar. <p>São objetivos gerais do estágio ambulatorial dos alunos do 3^o, 5^o e 6^o.</p>

- Buscar o aperfeiçoamento da relação médico-paciente e melhorar a resolutividade da atenção prestada.
- Estimular a reflexão e análise crítica dos modelos de atenção à saúde a partir da experiência adquirida.
- Possibilitar a avaliação crítica sobre a relação custo-risco X benefício de procedimentos habituais de investigação diagnóstica clínica e complementar.
- Criar um espaço institucional que possibilite o surgimento de novas propostas de atividades de treinamento em serviço oriundas do corpo docente e discente da FCM, colaborando assim para a discussão e aprimoramento curricular da FCM/UERJ.

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

ALUNOS DO 3º ANO:

Reflexão sobre os atendimentos acompanhados com ênfase na aplicação da propedêutica clínica e complementar para cada caso, contemplando a adequação da atitude médica para resolução dos casos às necessidades dos pacientes e às necessidades institucionais, e suas possíveis conseqüências a nível individual, coletivo, institucional e na rede de serviços de saúde.

INTERNOS DO 5º E 6º ANOS

- Treinamento na prática ambulatorial através de consultas sob supervisão.
- Discussão das políticas de saúde buscando o desenvolvimento de consciência crítica acerca das questões sanitárias da região e do país.
- Discussão mensal, com a equipe Multidisciplinar, de casos clínicos contemplando as doenças mais prevalentes na prática ambulatorial (hipertensão arterial, diabetes mellitus, AIDS, desordem osteoarticulares, dislipidemias, doença coronariana, síndrome dispéptica, ansiedade/depressão, etc.)

RECURSOS DIDÁTICOS DISPONÍVEIS (METODOLOGIA)

ALUNOS DO 3º ANO:

- Acompanhamento dos atendimentos a pacientes novos realizados por médicos residentes sob a supervisão do corpo clínico da Disciplina de Medicina Integral.
- Reflexão sobre os atendimentos com discussão em grupo, preleção dialogada e discussão baseada em textos fornecidos.

INTERNOS DO 5º E 6º ANOS

- Atendimento de pacientes de primeira consulta e seguimentos no Ambulatório de Medicina Integral com discussão do caso com o supervisor responsável.
- Atendimento sob a forma de interconsulta com profissionais do Serviço Social e/ou Psicologia Médica.
- Discussão mensal de casos clínicos escolhidos pelos internos sobre temas pré-determinados, com ênfase na abordagem biopsicossocial e avaliação da resolutividade dos atendimentos.

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO

ALUNOS DO 3º ANO:

- Avaliação periódica mensal pelos profissionais envolvidos nas atividades docentes do projeto.
- Avaliação final através de relatório individual do aluno ou em grupos constando os fatos marcantes observados, os conhecimentos adquiridos, avaliação crítica do treinamento e, caso pertinente, sugestões de mudanças para os próximos grupos.

INTERNOS DO 5º E 6º ANOS:

Avaliação quadrimestral pelo supervisor responsável considerando freqüência, pontualidade, relacionamento com a equipe, relação médico-paciente, conhecimento médico e revisão de prontuários.

BIBLIOGRAFIA BÁSICA

1. Rakel - Tratado de Medicina de Família
2. Goroll; May; Mulley – Primary Care Medicine.

3. Barker; Burton; Zieve – Princípios de Medicina Ambulatorial
4. Informação e Crítica – Periódico da Disciplina de Medicina Integral/editor: Prof. Ricardo Donato Rodrigues.
5. Orientação Básica para o Acompanhamento de Pacientes HIV Positivos no ambulatório de Medicina Integral – Roteiro organizado pela Prof^a Denise Herdy Afonso Alves de Lima, Dr^a Débora Fontenelle dos Santos e Dr^a. Maria Clara Alves Pacheco.