



FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DO PORTO

## **MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA**

---

2009/2010

André Emanuel Barros Marinho  
Relatório de Estágio Profissionalizante  
em Medicina Comunitária

Abril, 2010

FMUP



FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE DO PORTO

André Emanuel Barros Marinho  
Relatório de Estágio Profissionalizante  
em Medicina Comunitária

**Mestrado Integrado em Medicina**

**Área: Medicina Comunitária**

**Trabalho efectuado sobre a Orientação de:**

**Dr. Abílio Malheiro**

**Abril, 2010**

**FMUP**

**Nome:** André Emanuel Barros Marinho

**Endereço electrónico:** andremarinho\_8@hotmail.com

**Título do Relatório de Estágio:**

Relatório de Estágio Profissionalizante em Medicina Comunitária

**Nome completo do Orientador:**

Dr. Abílio José Cruz Caldas Malheiro

**Ano de conclusão:** 2010

**Designação da área do projecto de opção:**

Medicina Comunitária

É autorizada a reprodução integral deste Relatório de Estágio apenas para efeitos de investigação, mediante declaração escrita do interessado, que a tal se compromete.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 16/04/2010

Assinatura: \_\_\_\_\_

Eu, André Emanuel Barros Marinho, abaixo assinado, nº mecanográfico 040801004, aluno do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, declaro ter actuado com absoluta integridade na elaboração deste projecto de opção.

Neste sentido, confirmo que NÃO incorri em plágio (acto pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria de um determinado trabalho intelectual, ou partes dele). Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores, foram referenciadas, ou redigidas com novas palavras, tendo colocado, neste caso, a citação da fonte bibliográfica.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 16/04/2010

Assinatura: \_\_\_\_\_

## **Agradecimentos**

---

Gostaria de agradecer o apoio, a colaboração e a disponibilidade dos profissionais de enfermagem e administrativos do Centro de Saúde S. João.

Agradeço, também, à equipa de enfermagem e administrativos da Unidade de Saúde Familiar de Arões.

## Resumo

---

Este relatório descreve o percurso de um estudante na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto durante a residência de Medicina Comunitária. No âmbito desta disciplina os alunos devem realizar uma valência urbana e uma valência rural que no meu caso foram realizadas no Centro de Saúde S. João (CSSJ) e na Unidade de Saúde Familiar (USF) de Arões, respectivamente.

Este trabalho visa descrever e comparar ambas as unidades de Saúde a nível de logística, população inscrita, cumprimento do Programa Nacional de Vacinação, taxa de cobertura e número médio de consultas. Além disso, são apresentadas as actividades realizadas e os trabalhos redigidos (reflexão sobre “Como transmitir más notícias”, diários de consultas, desdobrável de educação para a saúde e algoritmo para tratamento da Diabetes Mellitus (DM) tipo II).

Posteriormente, é feita uma análise das consultas assistidas (n=113) em cada uma das unidades relativamente a: distribuição etária e género dos utentes, tipo de consulta e prevalência de DM II e Hipertensão Arterial.

Apesar das diferenças, nomeadamente a nível da Consulta de Nutrição, Centro de Apoio ao Jovem e conceito de “enfermeiro de família”, presentes apenas na USF – Arões, ou inovação e satisfação/qualidade dos utentes do CSSJ mesmo com uma média de utentes por médico superior (2000 vs 1800), esta análise permite constatar a igualdade e qualidade dos serviços de saúde prestados apesar da localização geográfica (urbana vs rural), com ambas as unidades a cumprir os objectivos determinados e a apresentar indicadores que as colocam como exemplos a seguir.

## **Abstract**

---

This report describes the journey of a student in the Faculty of Medicine, University of Porto for the residence of Community Medicine. As part of this course students must achieve an urban valence and rural valence, which in my case were the Centro de Saúde S. João (CSSJ) and Unidade Saúde Familiar – Arões, respectively.

This paper aims to describe and compare both units at logistic, population enrolled, completion rate of the National Immunization Program, coverage rate and average number of medical consultations. Furthermore, we present the activities undertaken and papers submitted (reflection on "How to convey bad news," daily consultations registry, flier for health education and algorithm for treatment of Diabetes Mellitus (DM) type II).

Subsequently, an analysis is made of medical consultations assisted (n=113) in each of the health units with respect to: age distribution and gender of users, consultation type and prevalence of DM II and Hypertension.

Despite the differences, including those at the Consultation on Nutrition, Young Support Center and the concept of "family nurse", present only in the USF - Arões, or innovation and satisfaction / quality of the users of CSSJ despite an average of users per medical (2000 vs. 1800), this analysis allows to establish the equality and quality of health services provided despite the geographic location (urban vs. rural), with both units meeting targets set and providing indicators that make them examples to follow.

## Índice

---

Abreviaturas .....	5
Figuras .....	5
Motivações e Oportunidades .....	7
Objectivos.....	8
O que é a medicina geral e familiar.....	9
Centro de Saúde S. João .....	11
USF – Arões .....	12
Comparação entre as duas unidades de saúde .....	13
Descrição de Actividades .....	17
Conclusão .....	21
Bibliografia.....	23
Anexo I – Carta Compromisso USF – Arões .....	24
Apêndice I – Consultas e Serviços .....	29
Apêndice II – Cumprimento PNV .....	30
Apêndice III – Taxa de Cobertura .....	31
Apêndice IV – Número médio de consultas por utilizador activo .....	32
Apêndice V – Reflexão .....	33
Apêndice VI – Diário Valência Urbana .....	37
Apêndice VII – Desdobrável de educação para a Saúde.....	38
Apêndice VIII – Diário Valência Rural.....	39
Apêndice IX - Algoritmo.....	40
Apêndice X – História Clínica .....	41

## Abreviaturas

---

MGF	Medicina Geral e Familiar
FMUP	Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
CS	Centro de Saúde
CSSJ	Centro de Saúde de S. João
ARSN	Centro de Saúde de S. João
CSP	Cuidados de Saúde Primários
SNS	Serviço Nacional de Saúde
USF	Unidade de Saúde Familiar
CAJ	Centro de Apoio ao Jovem
RMOP	Registo Médico Orientado para o Problema
SOAP	Subjectivo/ Objectivo/ Avaliação/ Plano
APPACDM	Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental
ACO	Anticoncepcional oral
PNV	Programa Nacional de Vacinação
MAPA	Medição Ambulatória da Pressão Arterial
DM	Diabetes Mellitus
HTA	Hipertensão Arterial
FV	Ficheiro de Vacinação

## Figuras

---

Figura 1 – Competências e características do médico de família segundo a definição europeia da *World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians*.

Figura 2 – Número de utentes de cada uma das unidades de saúde.

Figura 3 – distribuição etária e por género dos utentes do CSSJ.

Figura 4 – distribuição etária e por género dos utentes da USF – Arões.

Figura 5 – taxas de vacinação em ambas as unidades de saúde.

Figura 6 – taxa de cobertura em ambas as unidades de saúde de acordo com tipo de consulta.

Figura 7 – número médio de consultas por utilizador activo de acordo com o tipo de consulta.

Figura 8 – distribuição etária dos utentes dos quais assisti às consultas nas unidades de saúde.

Figura 9 – distribuição por género dos utentes dos quais assisti às consultas no CSSJ.

Figura 10 – distribuição por género dos utentes dos quais assisti às consultas na USF – Arões.

Figura 11 – percentagem de cada um dos tipos de consultas mais assistidas no CSSJ.

Figura 12 – percentagem de cada um dos tipos de consultas mais assistidas na USF – Arões.

Figura 13 – percentagem de utentes com DM tipo II e/ou HTA dos quais assisti às consultas no CSSJ.

Figura 14 - percentagem de doentes com DM tipo II e/ou HTA dos quais assisti às consultas na USF – Arões.

Tabela 1 – Comparação entre as duas unidades de saúde a nível de recursos humanos, informáticos e institucionais.

## **Motivações e Oportunidades**

---

É sabido que no 6º ano cabe-nos a tarefa de optar por uma modalidade no âmbito da unidade curricular de Projecto de Opção. Deste modo, a minha preferência dirigiu-se para a elaboração de um relatório de estágio pois, a meu ver, é uma oportunidade única de dar a conhecer o dia-a-dia de um aluno da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP) durante a sua passagem por um módulo do último ano, um ano profissionalizante.

De seguida seria necessário escolher a área sobre a qual seria feito o relatório. Neste ponto escolhi a disciplina de Medicina Comunitária, pois é uma disciplina que permite um contacto com o doente num ambiente diferente do que tem sido habitual para nós, ou seja, vemos o doente mais inserido no seu meio, na sua família e com problemas de saúde mais frequentes e não tão graves ou em estadios tão avançados quanto os que temos visto nos módulos mais “hospitalares”.

Além disso, também me despertou curiosidade poder comparar dois ambientes: o urbano e o rural. Sobretudo tendo a oportunidade de fazer a valência rural na minha freguesia, pois permite-me ver se as diferenças que se verificavam antigamente devido ao maior afastamento, à falta de condições e ao menor desenvolvimento, seriam ainda significativas, e se implicariam uma desvantagem no acesso à saúde.

Como tal, as expectativas eram altas quanto ao que iria ver, fazer e aprender com esta passagem de 4 semanas pela Medicina Geral e Familiar (MGF).

## **Objectivos**

---

- Descrever os motivos que me levaram a optar pelo Relatório de Estágio Profissionalizante no âmbito da Medicina Comunitária;
- Caracterizar, de modo geral, a especialidade de MGF;
- Descrever os Centros de Saúde (CS) onde realizei as valências urbana e rural;
- Compreender o funcionamento dos CS como primeiro contacto do utente com o Serviço Nacional de Saúde (SNS);
- Comparar as duas unidades tendo em atenção alguns indicadores estatísticos;
- Descrever as actividades, realizadas ou assistidas, durante ambas as valências;
- Avaliar do ponto de vista pessoal e académico os pontos positivos e negativos deste estágio e concluir sobre o que foram estas 4 semanas.

## **O que é a medicina geral e familiar**

---

Os médicos de família são médicos pessoais, responsáveis pela prestação de cuidados abrangentes e continuados a todos os indivíduos que procuram cuidados médicos, independentemente da sua idade, sexo ou afecção. Prestam cuidados a indivíduos dentro das suas famílias, comunidades e culturas, respeitando sempre a sua autonomia. Reconhecem ter também uma responsabilidade profissional para com a sua comunidade. Quando negociam os planos de acção com os seus pacientes, integram factores físicos, psicológicos, sociais, culturais e existenciais, recorrendo aos conhecimentos e à confiança gerados pelos contactos médico-paciente repetidos [1].

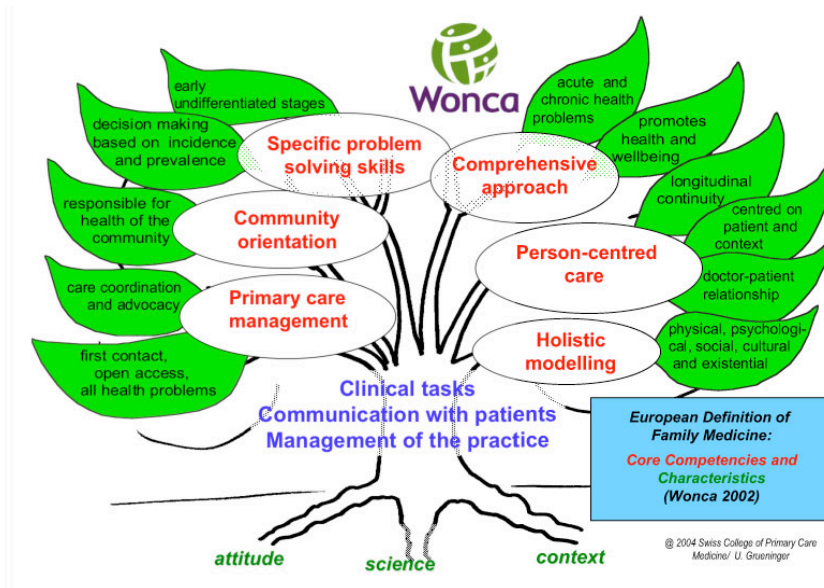
Os médicos de família devem responsabilizar-se pelo desenvolvimento e manutenção das suas aptidões, bem como dos seus valores e equilíbrio pessoais, como base para a prestação de cuidados efectivos e seguros.

Com o evoluir da MGF surgiu uma necessidade de reunir as principais características que definem esta disciplina, que são as seguintes [1]:

- ser normalmente o primeiro ponto de contacto médico com o SNS, proporcionando um acesso aberto e ilimitado aos seus utentes e lidando com todos os problemas de saúde, independentemente da idade, sexo, ou qualquer outra característica da pessoa em questão;
- utilizar eficientemente os recursos da Saúde;
- desenvolver uma abordagem centrada na pessoa;
- ter um processo de consulta singular em que se estabelece uma relação ao longo do tempo, através de uma comunicação médico-paciente efectiva;
- ser responsável pela prestação de cuidados continuados longitudinalmente consoante as necessidades do paciente;
- possuir um processo de tomada de decisão determinado pela prevalência e incidência de doença na comunidade;
- gerir simultaneamente os problemas, tanto agudos como crónicos, dos pacientes individuais;
- gerir a doença que se apresenta de forma indiferenciada, numa fase precoce da sua história natural, e que pode necessitar de intervenção urgente;
- promover a saúde e bem-estar através de intervenções tanto apropriadas como efectivas;

- ter uma responsabilidade específica pela saúde da comunidade;
- lidar com os problemas de saúde em todas as suas dimensões física, psicológica, social, cultural e existencial.

As onze características da Disciplina relacionam-se com as onze capacidades que todo o médico de família especialista deverá dominar.



**Figura 1- Competências e características do médico de família segundo a definição europeia da *World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians*.**

## **Centro de Saúde S. João**

---

O Centro de Saúde de S. João (CSSJ) foi criado ao abrigo do projecto “Tubo de Ensaio” que nasceu de um Protocolo de Acordo de Cooperação entre a Administração Regional Saúde do Norte (ARSN) e a FMUP em 1998. Este protocolo tinha os seguintes objectivos [2]:

- Prestação de Cuidados de Saúde Primários (CSP) a uma população de 20.000 utentes do SNS, cuidados esses indistinguíveis das outras unidades;
- Inovação em administração e em prestação de CSP, incidindo em modelos de organização, gestão, prestação de cuidados, articulação interinstitucional, financiamento, sistemas de informação, monitorização da qualidade, humanização, cuidados domiciliários, atendimentos de urgências em ambiente de CSP, promoção de estilos de vida saudáveis, saúde dos idosos;
- Formação pré e pós-graduada de profissionais dos CSP com inovação e ensaio de processos pedagógicos, com avaliação periódica externa e interna, com extensão à Educação Médica Contínua.

Contudo, houve um ponto que não foi abordado, mas que foi introduzido mais tarde, que consagra a investigação em áreas biomédicas.

Este CS abriu portas em Junho de 1999 na Rua Miguel Bombarda em instalações cedidas pela ARSN. No rés do chão funciona o serviço de atendimento Administrativo e de Enfermagem. Nos 2 pisos seguintes há 4 consultórios para MGF e um polivalente para consulta médica ou de enfermagem para grupos de risco ou vulneráveis. O 3º piso inclui uma sala de reuniões e uma biblioteca, embora, neste momento esta se encontre ocupada pelos Serviços Administrativos, dois consultórios e um polivalente para a Direcção do CS, promoção de Saúde, Psicologia e Podologia. Todos os andares têm uma sala de espera. Na cave está neste momento o Serviço de Atendimento à Gripe A.

O CSSJ funciona das 8 às 20 horas, durante os dias úteis, e assegura vários serviços (ver Apêndice I), como consulta programada, consulta de vigilância a grupos de risco e a grupos vulneráveis e consulta aberta, entre outros.

## **USF – Arões**

---

A Unidade de Saúde Familiar (USF) – Arões pertence ao CS de Fafe do Agrupamento de Centros de Saúde Ave I. Iniciou-se em 2008, como USF modelo B, com quatro médicos, seis enfermeiros e cinco administrativos.

A unidade manteve-se nas mesmas instalações onde antes funcionava como Extensão de Saúde, que haviam sido construídas em 2003, e estende-se por dois pisos com uma organização propensa à filosofia de trabalho em equipas, à semelhança da sede do CS de Fafe. No rés-do-chão existem quatro gabinetes médicos e três de enfermagem. A mesma estrutura repete-se no primeiro andar, acrescida de uma sala de reuniões.

Todos os médicos que integram a unidade de saúde familiar pertencem ao centro de saúde de Fafe e o mesmo sucede com os enfermeiros e administrativos.

As suas propostas assentam, essencialmente, no cumprimento da carteira básica de serviços e numa carteira adicional que inclui o alargamento de horário aos fins-de-semana e feriados, como se pode ver na Carta de Compromisso (Anexo I). A equipa prevê, ainda, implementar uma consulta de cessação tabágica, logo que a formação dos profissionais responsáveis por essa área esteja concluída [3].

A USF – Arões funciona das 8 às 20 horas nos dias úteis e das 9 às 13 horas ao Fim de Semana e Feriados, e apresenta os mesmos serviços do CSSJ (ver Apêndice I), excepto consulta de podologia, e ainda Consulta de Nutricionista e Consulta de Apoio ao Jovem (CAJ). Esta funciona como uma estrutura de apoio aos jovens de todo o concelho numa área independente da USF para preservar alguma privacidade. O sucesso desta consulta especializada é o resultado da colaboração entre a equipa de saúde e os conselhos directivos das escolas, sobretudo através do apoio da psicóloga e da nutricionista, ambas muito procuradas por indivíduos desta faixa etária [4].

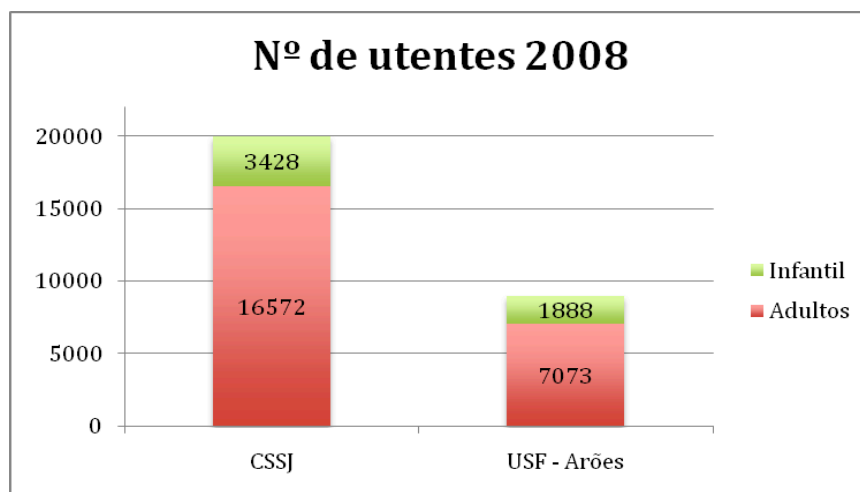
## Comparação entre as duas unidades de saúde

	CSSJ	USF – Arões
Nº de Médicos	10	5
Nº de Enfermeiros (domicílio)	3 (+1)	4 (+2)
Centro Apoio Jovem	Não	Sim
Nutricionista	Não	Sim (1)
Psicólogos	Sim (2)	Sim (1)
Podologistas	Sim (1)	Não
Serviço de Atendimento à Gripe	Sim	Não
Postos Informáticos	20	10
Software utilizado	SAM SINUS I HIGIA ALERT P1 (Centro Hospitalar do Porto; IPO) DIABCARE	SAM SINUS I ALERT P1 (Centro Hospitalar do Alto Ave; IPO)
Nº de utentes	20000 (2000/médico)	8961 ( $\pm$ 1800/médico)

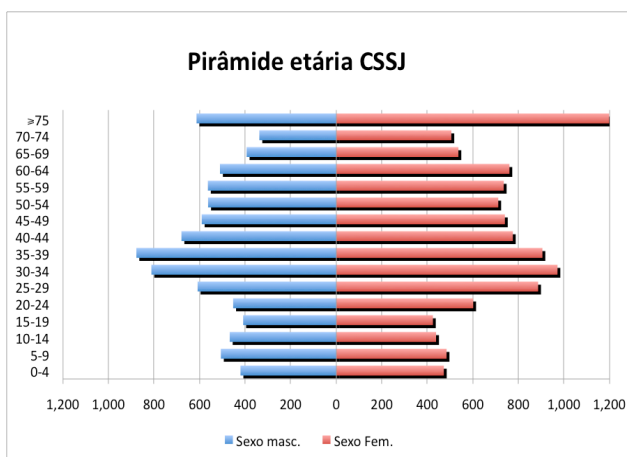
**Tabela 1 - Comparação entre as duas unidades de saúde a nível de recursos humanos, informáticos e institucionais.**

Recorrendo ao HIGIA e ao SINUS, optei por recolher os dados das duas unidades de saúde sobre a população inscrita nas unidades, cumprimento do Programa Nacional de Vacinação (PNV) relativamente ao ano de 2008, taxa de cobertura e número médio de consultas por utilizador activo.

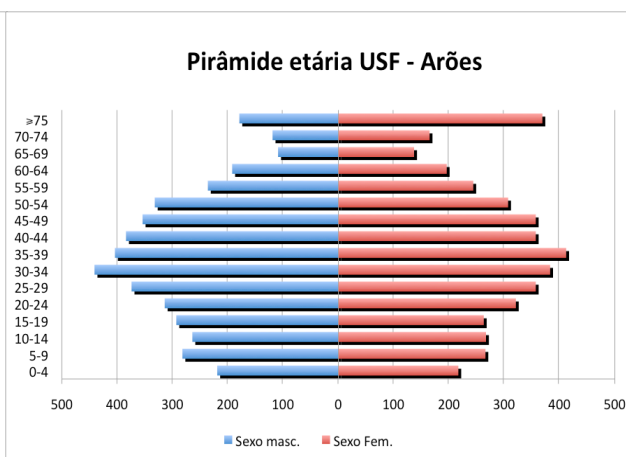
Tendo em conta os valores percentuais convém esclarecer, à partida, o número de utentes adultos ( $\geq$  19 anos) e o número de jovens/crianças ( $\leq$  18 anos) registados (**figura 9**).



**Figura 2 - Número de utentes de cada uma das unidades de saúde.**



**Figura 3 - distribuição etária e por género dos utentes do CSSJ.**



**Figura 4 - distribuição etária e por género dos utentes da USF – Arões.**

A análise comparativa das pirâmides etárias das populações das duas unidades (**figuras 3 e 4**), permite verificar que a classe etária predominante no CSSJ é  $\geq 75$  anos no sexo feminino e a dos 35 aos 39 anos no masculino; na USF – Arões é a dos 35 aos 39 anos, no sexo feminino, e dos 30 aos 34 anos, no masculino. O índice de envelhecimento (razão entre a população idosa -  $\geq 65$  anos - e a população jovem - 0 – 14 anos) é de 132,34 % na população do CSSJ e de 71.16 % na USF – Arões, ao contrário do que era esperado, que seria que o ambiente rural se apresentasse com uma população mais envelhecida e com menos nascimentos.

No que diz respeito ao género, é possível verificar, através da Relação de Masculinidade (razão entre os indivíduos do sexo masculino e feminino), que o sexo feminino predomina sobre o masculino em número de utentes inscritos, quer a nível do CSSJ quer da USF – Arões, embora no CSSJ essa diferença seja mais expressiva (79,09% vs 97,36 %).

Relativamente ao cumprimento do PNV (**figura 5 e Apêndice II**) verificam-se valores muito semelhantes e, em ambos os casos, valores muito bons. As maiores diferenças entre as duas unidades encontram-se na percentagem de crianças que aos 24 meses cumpriram o PNV relativamente às inscritas no Ficheiro de Vacinação (FV).

Convém ter em conta que actualmente não há cruzamento de dados entre as várias unidades de Saúde e, como tal, as crianças podem ter a administração de vacinas noutra unidade de Saúde e essa informação não chegar ao Centro de Saúde onde estão inscritos. Portanto, esse factor poderá ser mais relevante na saúde urbana, pois há, à partida, mais unidades de saúde disponíveis e uma maior facilidade de acesso a estas.

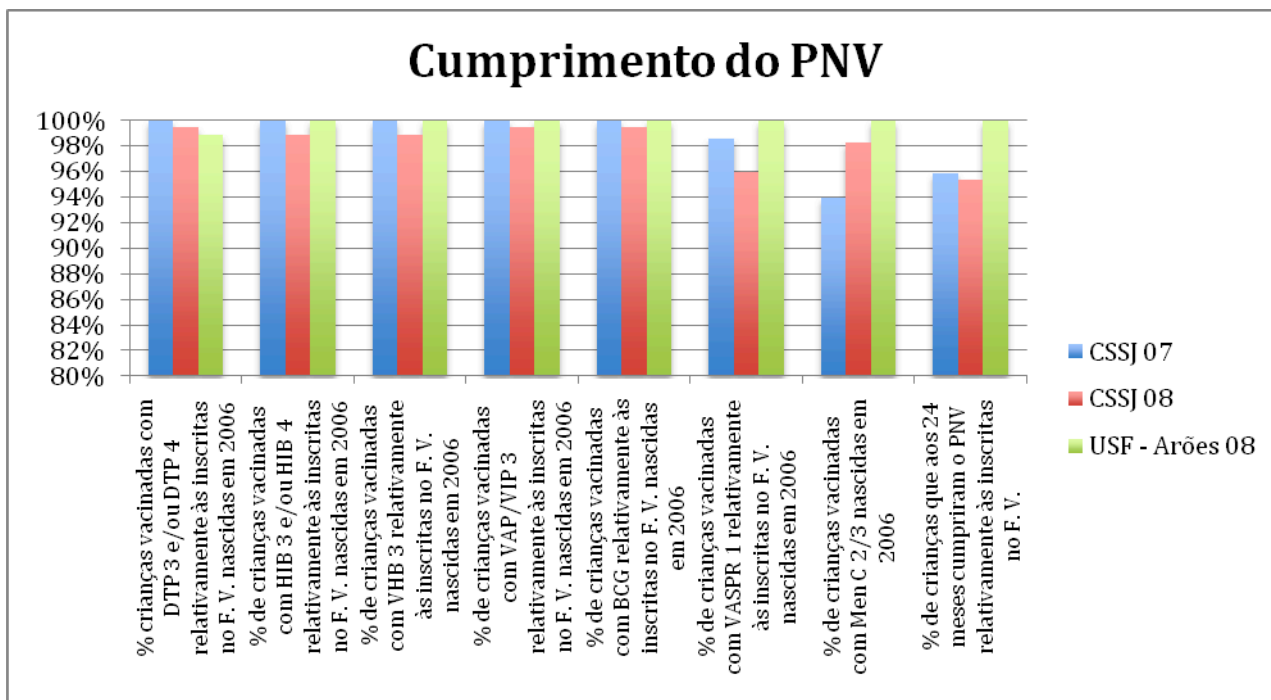


Figura 5 - taxas de vacinação em ambas as unidades de saúde.

No que toca a Taxa de Cobertura (**figura 6 e Apêndice III**) os valores são, também, muito semelhantes, sendo a diferença apenas mais relevante em relação ao planeamento familiar, sendo a explicação mais provável talvez o facto de também aqui as maiores dificuldades económicas levarem as mulheres das zonas mais rurais à consulta da unidade e ao levantamento de ACO, que é gratuita em ambas as unidades.

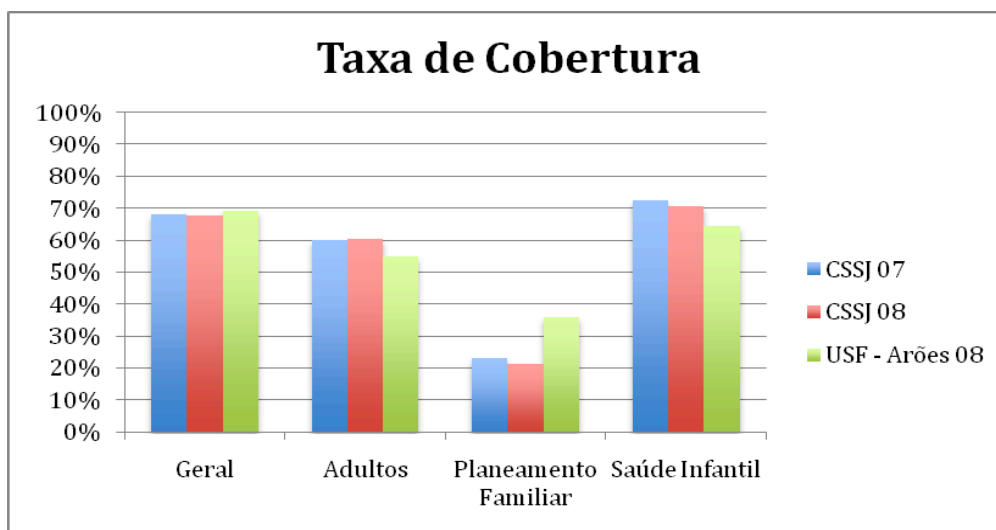


Figura 6 - taxa de cobertura em ambas as unidades de saúde de acordo com tipo de consulta.

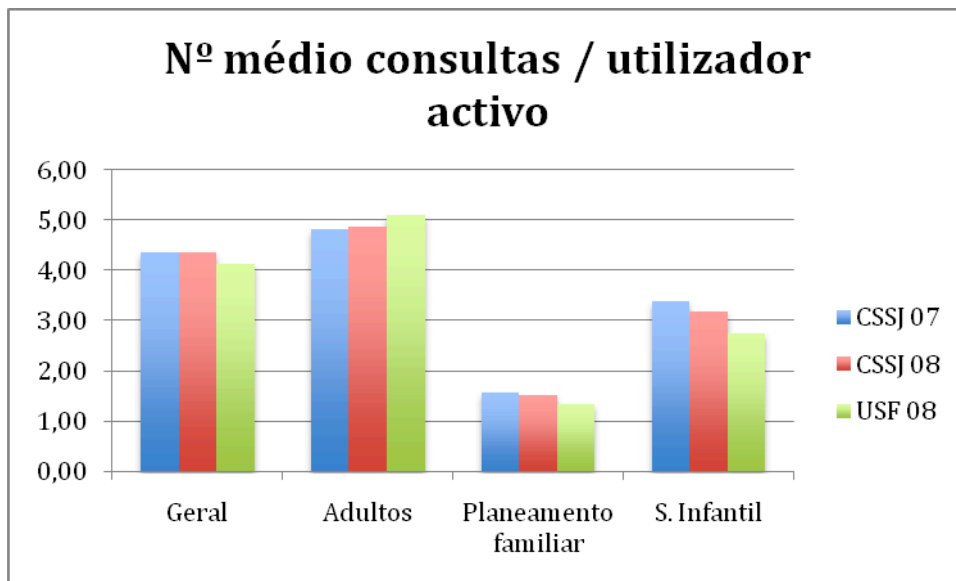


Figura 7 - número médio de consultas por utilizador activo de acordo com o tipo de consulta.

Como se pode ver pela **figura 7 (Apêndice IV)** o número médio de consultas por utilizador activo é muito semelhante nas duas unidades de saúde com uma media de 4 consultas no geral, sendo que para a consulta de saúde de adultos temos aproximadamente 5 consultas por utilizador activo, no planeamento familiar pouco mais de 1 consulta e na saúde infantil aproximadamente 3 consultas por utilizador activo.

## **Descrição de Actividades**

---

No âmbito da disciplina de Medicina Comunitária os alunos devem passar por uma valência urbana e uma valência rural, cada uma com duas semanas de duração. Nestas valências é esperado que o aluno contacte com duas realidades que serão mais ou menos distintas. Além disso, deve perceber como é o ambiente da MGF moderna, o funcionamento dos CS, integrar-se nas equipas dos CSP, assistir a consultas e procedimentos de enfermagem e fazer uma visita guiada a uma instituição.

De seguida, descrevo as actividades realizadas e as oportunidades que me foram dadas que me permitiram desenvolver tanto pessoal como profissionalmente.

No meu caso iniciei o estágio com a valência urbana no CSSJ, do dia 28/09 ao dia 10/10. Durante este, fiquei sob a orientação do Dr. Abílio Malheiro.

Nas duas semanas seguintes, do dia 13/10 ao dia 23/10, iniciei a valência rural na USF – Arões, sob a orientação do Dr. José Rodrigues.

No primeiro dia do estágio em Medicina Comunitária todos os alunos devem estar presentes no Departamento de Clínica Geral da FMUP. Neste seminário foi-nos dada uma revisão teórica sobre as características dos Cuidados de Saúde Primários, o tipo de assistência prestada, as vertentes preventivas, de diagnóstico precoce, tratamento, reabilitação ou mesmo paliativas e ainda quais os principais motivos de consulta. Também nos foi explicado como é feito o registo dos dados dos doentes, que neste caso é o registo médico orientado para o problema (RMOP) segundo o esquema Subjectivo/ Objectivo/ Avaliação/ Plano (SOAP).

Finalmente foram indicados os trabalhos a realizar, que na parte urbana compreendem: uma reflexão (**Apêndice V**), o registo de um dia de consulta (**Apêndice VI**) e ainda um desdobrável de Educação para a Saúde (**Apêndice VII**).

Foi realizado outro seminário no primeiro dia da valência rural mas abordando outros aspectos também eles relevantes como: transmissão de más notícias, orientações técnicas essenciais e revisão sobre o software mais utilizado.

Aqui foram indicados os trabalhos a realizar: registo de um dia de consulta (**Apêndice VIII**), algoritmo (**Apêndice IX**), colheita e elaboração de uma história clínica (**Apêndice X**).

No CSSJ estive cerca de 5 horas por dia a assistir a consultas das várias áreas com o Dr. Abílio Malheiro ou com o Dr. Mário Santos (Interno Complementar de MGF do Dr. Abílio Malheiro), dois dias foram passados na área de enfermagem e uma manhã foi-nos oferecida uma visita à Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental (APPACDM).

O mesmo se passou na USF – Arões, onde estive, também, cerca de 5 horas por dia, dois dias na área de enfermagem e uma vez acompanhei uma unidade de enfermagem ao Domicílio.

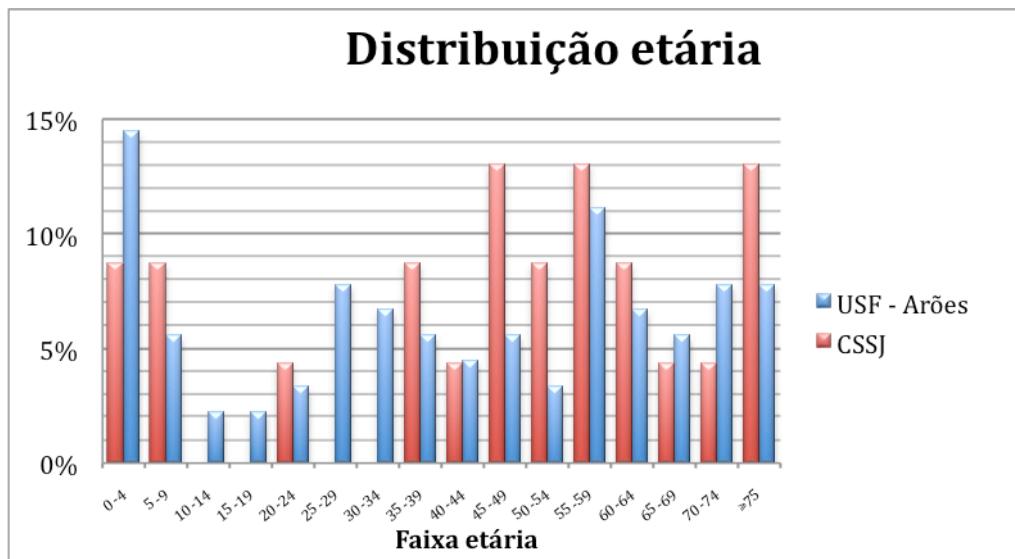
Ao longo destas 4 semanas observei as particularidades da avaliação de rotina de uma grávida, desde o 1º trimestre até à revisão de puerpério, assisti a algumas consultas em que estavam presentes vários elementos do mesmo agregado familiar e pude constatar as dificuldades quer económicas, pela quantidade de medicação e outros gastos relacionados com a saúde, quer inter-pessoais que resultavam em lares e famílias com graus de disfuncionalidade evidentes.

Observei vários doentes com idades avançadas e com patologias incapacitantes para o próprio ou, até mesmo, para a sua família, o que me levou a perceber como os médicos de MGF devem lidar e abordar esses casos.

Também vi consultas de vigilância oncológica, que me permitiram sistematizar quais os rastreios que se devem realizar e os respectivos intervalos de tempo, e planeamento familiar.

Foi-me dada a oportunidade de fazer um exame de rotina pré-parto, fazer o exame de rotina de crianças de várias faixas etárias com atribuição de percentis, possibilidade de aplicar o PNV a cada caso, avaliação e ensino do doente hipertenso, colocação de Monitor Ambulatório da Pressão Arterial (MAPA) e interpretação de registos, ensino e avaliação do doente diabético, administração de fármacos e vacinas, execução de penso segundo técnicas de assépsia e realização de colheita para citologia cervico-vaginal, entre outros.

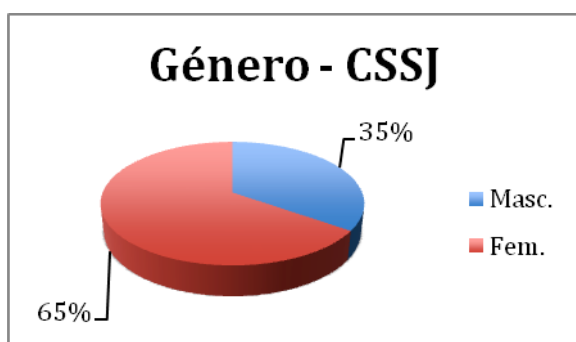
Ao todo tive a oportunidade de assistir a 113 consultas, com uma média de idades de 46,7 anos na valência urbana e 40,7 anos na rural. Isto permitiu-me ter uma amostra razoável para poder tirar algumas conclusões sobre as diferenças ou semelhanças entre os dois ambientes, como tal, achei relevante comparar, em termos percentuais, os utentes de acordo com a idade, género, tipo de consultas mais requisitadas e prevalência de doenças como Diabetes Mellitus (DM) tipo II e hipertensão arterial (HTA), patologias que apresentam uma prevalência elevada na nossa população.



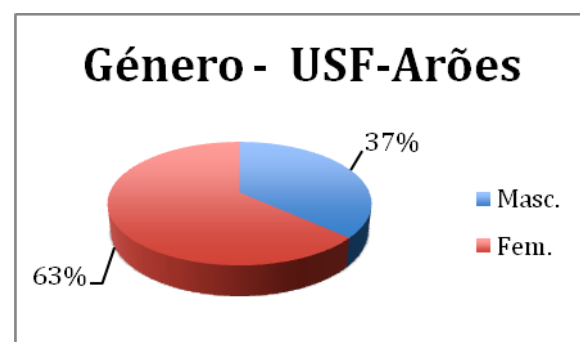
**Figura 8 - distribuição etária dos utentes dos quais assisti às consultas nas unidades de saúde.**

Relativamente aos doentes cujas consultas assisti, a análise da distribuição etária de ambas as unidades (**figura 8**) permite verificar que as classes etárias predominantes no CSSJ foram 45-49, 55-59 e  $\geq 75$  anos. Já na USF – Arões a faixa etária foi dos 0-4 anos. O índice de envelhecimento é maior no CSSJ (124,94 % vs 95,04 %). Estes dados não são completamente aleatórios devido ao facto de na USF – Arões haver um dia específico para as consultas de Saúde Materna e Infantil (quarta-feira).

Relativamente ao género os resultados são equivalentes nas duas unidades de saúde e, em ambas, a percentagem de utentes vistos era maior para o género feminino (**figuras 9 e 10**).



**Figura 9 - distribuição por género dos utentes dos quais assisti às consultas no CSSJ.**



**Figura 10 - distribuição por género dos utentes dos quais assisti às consultas na USF – Arões.**

Quanto ao tipo de consulta (**figura 11 e 12**), os dados obtidos foram semelhantes embora se denote que na USF – Arões se verifica uma maior recorrência a consultas de S. Infantil e Juvenil e S. Materna, o que se poderá dever ao facto de haver menos possibilidades económicas e menos acesso a outros recursos de Saúde, incluindo a saúde privada,

nomeadamente nas áreas de Pediatria e Obstetrícia. É de realçar que estes dados indicam um maior recurso a estas áreas em relação à média portuguesa que indica que mais de 80% das consultas em centros de saúde (83,2% em 2003) são de medicina geral e familiar ou clínica geral, sendo o segundo tipo mais comum de consultas as de saúde infantil e juvenil ou de pediatria (10%).

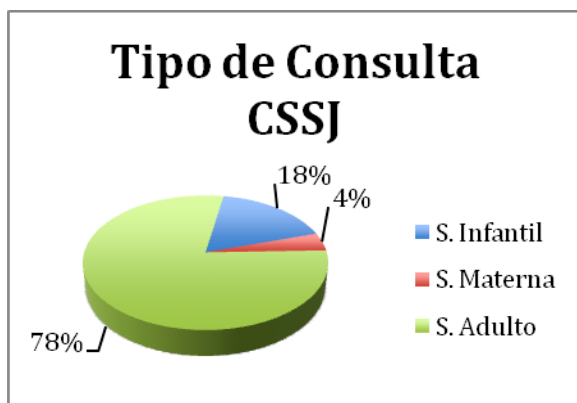


Figura 11 - percentagem de cada um dos tipos de consultas mais assistidas no CSSJ.

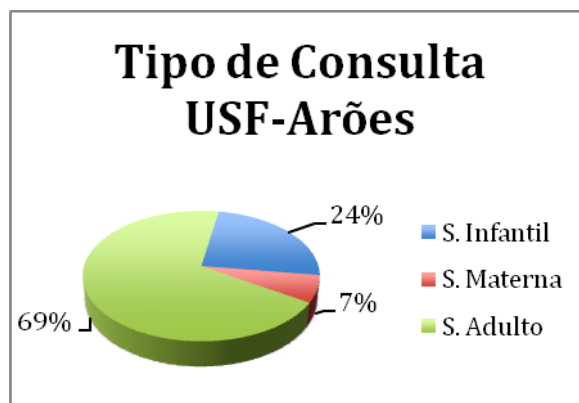


Figura 12 - percentagem de cada um dos tipos de consultas mais assistidas na USF – Arões.

Relativamente às consultas de pacientes com HTA e DM tipo II (**figuras 13 e 14**) mostram também que as diferenças são pequenas, mas há uma menor percentagem de consultas de pacientes com estas patologias na USF – Arões.

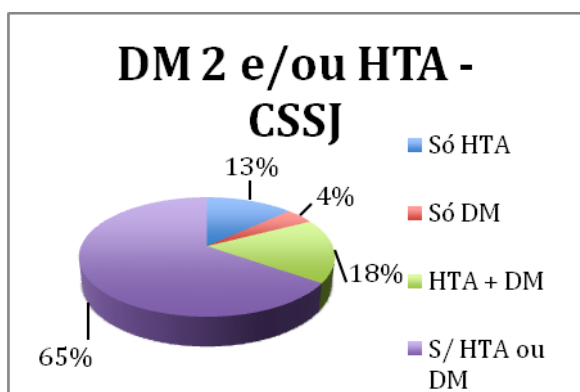


Figura 13 - percentagem de utentes com DM tipo II e/ou HTA dos quais assisti às consultas no CSSJ.

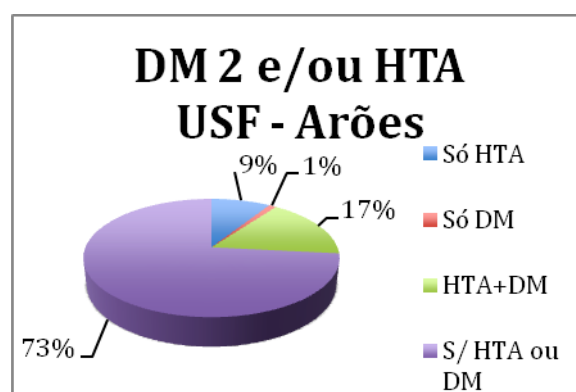


Figura 14 - percentagem de utentes com DM tipo II e/ou HTA dos quais assisti às consultas na USF – Arões.

Na USF – Arões, no caso do Dr. Rodrigues, o meu tutor, existia, assim como para as consultas de Saúde Materna e Infantil e Juvenil, um dia da semana (terça-feira) reservado para a consulta de Diabetes, o que não sucedia no CSSJ, como tal, novamente, é um aspecto a ter em conta na análise destes gráficos visto que isto poderá enviesar de certo modo a aleatoriedade das consultas, tal como aconteceu para a distribuição etária dos doentes.

## Conclusão

---

Durante estas semanas e através da pesquisa realizada para elaborar este relatório pude perceber que ocorreu uma enorme evolução ao nível da saúde na freguesia de Arões, e esta deveu-se sobretudo à passagem a USF, pois obrigou ao cumprimento de uma série de compromissos assumidos (ver Anexo I). Deste modo, responsabiliza-se mais directamente os profissionais de saúde pela qualidade dos cuidados que são prestados. Além disso, acho que o modelo de USF foi benéfico também pelo facto de cada utente ter agora uma equipa, que integra também um “enfermeiro de família”, com a meta final de tratar e cuidar do doente. Este modelo obriga também a que haja uma série de indicadores que são avaliados regularmente e comparados com os valores desejados e inquiridos à população para avaliar o grau de satisfação. Outro ponto bastante positivo na USF – Arões foi a presença de consulta de nutrição e CAJ, dois tipos de consulta que verificaram uma boa adesão e satisfação por parte dos utentes.

Como pontos negativos na USF – Arões penso que os tempos de espera ainda poderiam ser melhorados.

No caso do CSSJ, pioneiro em vários aspectos [5] e responsável por várias melhorias ao nível da saúde, penso que é de louvar o bom funcionamento de todo o centro e o baixo tempo de espera dos doentes. Sendo um centro com mais do dobro dos doentes da USF – Arões e uma média de doentes por médico superior (2000 vs 1800) consegue manter tempos de espera muito bons e um nível de satisfação dos utentes muito bom, como se pode ver pelos inquiridos de satisfação/qualidade realizados [6]. Não sei até que ponto poderia ser benéfica a adopção de horários específicos para determinados tipos de consulta, como sucede na USF – Arões. Além disso, penso que seria vantajoso se houvesse consulta de nutrição dada a prevalência de doenças como HTA e DM tipo II (de 35% no CSSJ e 27% na USF- Arões).

A nível de enfermagem penso que, no CSSJ, poderia ser melhorado o atendimento pois dado o facto dos profissionais de enfermagem não serem permanentes acabam por não ter tanta motivação e talvez comprometer a relação com o doente (vs “enfermeiro de família”).

No geral, acho que ambas as unidades têm resultados bastante bons e foi muito bom poder assistir à prestação de cuidados de saúde em dois modelos diferentes, ambos com qualidade e ambos com bastante satisfação por parte do utente.

Conclui-se assim que algumas diferenças que se esperavam encontrar entre um ambiente rural e um ambiente urbano não se verificaram, o que é um grande passo para garantir igualdade e equidade de todos os utentes no acesso à saúde, independentemente da sua localização. Ainda que Arões já se tenha desenvolvido bastante e estando no limite da ruralidade.

## **Bibliografia**

---

- [1]. Justin Allen BG, Hasrry Crebolder, Jan Heyrman, Igor Svab, Paul Ram, Philip Evans. A definição Europeia de Medicina Geral e Familiar. WONCA Europa 2002. p. 41.
- [2]. Alberto Hespanhol AM, Alexandre de Sousa Pinto. O projecto "tubo de ensaio" - Breve história do Centro de Saúde S. João. Revista Portuguesa Clínica Geral. 2002;2002(18):16.
- [3]. Oliveira A. Fim de uma luta... Começo de uma nova etapa. Jornal De Medicina Familiar. 2007 Junho 2007;126:1.
- [4]. Oliveira A. USF une profissionais de duas extensões de saúde. Médico de Família. 2006;106:3.
- [5]. Alberto Hespanhol AdSP. Cinco anos do Centro de Saúde S. João. Arquivos de Medicina. 2005;19(3):9.
- [6]. Alberto Hespanhol OR, Altamiro Costa-Pereira. Assegurar Qualidade no Centro de Saúde S. João. Arquivos de Medicina. 2005;19(5-6):7.

# Anexo I – Carta Compromisso USF – Arões

---



## **CARTA DE COMPROMISSO**

### **- Unidade de Saúde Familiar Arões**

#### **Modelo B**

A Administração Regional de Saúde (ARS), IP, representada pelo seu Presidente, Dr. Alcindo Maciel Barbosa e a Unidade de Saúde Familiar (USF) Arões, representada pela sua Coordenadora, Dr.<sup>a</sup> Magda Kingwell, constituída em USF modelo B nos termos do DL N.º 298/2007 de 22 de Agosto e do Despacho N.º 24.101/2007 de 8 de Agosto com base na aprovação do Parecer Técnico da Equipa Nacional de Avaliação (ENA), por deliberação do Conselho Directivo da ARS Norte, IP com efeitos a partir de em 01 de Julho de 2008, assumem nesta data a presente Carta de Compromisso, nos termos do artigo 6º do DL nº 298/2007 de 22 de Agosto, com validade até ao termo do ano civil de 2008, negociada entre a USF Arões e o Departamento de Contratualização desta ARS com o conhecimento do Director do Centro de Saúde, Dr. Filipe Antunes, que se rege pelas seguintes condições:

1. A USF Arões, adiante designada por USF, é parte integrante do Centro de Saúde de Fafe, sendo constituída por uma equipa multiprofissional identificada no Parecer Técnico.
2. A USF Arões tem na presente data 6.984 utentes inscritos a que corresponde a 8.208 UP, estando disponível para inscrever até 7.200 utentes, previstos em sede de candidatura.
3. A USF fica sujeita ao cumprimento das metas explícitas no **Anexo I** – Compromisso Assistencial Contratualizado – onde constam os seus objectivos de desempenho para a carteira básica de serviços e carteira adicional de serviços.
4. Paralelamente à contratualização anterior, a USF compromete-se a construir um Plano de Acompanhamento Interno, nos termos do artigo 7º da Portaria 301/2008 de 18 de Abril, baseado numa linha de orientação comum organizacional ou clínica (**Anexo II**), desencadeando, assim, um processo de autoavaliação, que tem por objectivo atingir a acreditação. O referido plano, a implementar durante o ano de 2008, deverá ser construído com o apoio da Equipa Regional de Apoio e Acompanhamento no âmbito do processo de acompanhamento das USF, ficando a ERA responsável pela verificação da concretização do mesmo.



5. A USF compromete-se a efectuar, rigorosa e sistematicamente, no Sistema de Informação, os registos de todos os dados necessários à análise da sua actividade, sem os quais esta não poderá ser considerada em sede de contratualização.
6. A USF aceita e disponibiliza-se para prestar a colaboração necessária à realização de auditorias e acções de acompanhamento que venham a ser determinadas pela Administração Regional de Saúde ou outras entidades para tal mandatadas pelo Ministro da Saúde, segundo a alínea h) do nº4 do artigo 6º do Decreto-Lei nº 298/2007, 22 de Agosto.
7. A USF deve elaborar um Relatório de Actividades, focalizado no compromisso assistencial contratualizado, bem como um plano de aplicação dos incentivos institucionais, a remeter ao Departamento de Contratualização até 15 de Fevereiro do ano seguinte.
8. A ARS deve garantir as condições de funcionamento adequadas, de modo a que a USF cumpra as actividades previstas na carteira básica de serviços e na carteira adicional de serviços, aceite para o período em questão, disponibilizando os recursos mencionados no Manual de Articulação – **Anexo III** – de acordo com o artigo 6º, nº3, alínea a) e capítulo IV, ambos do Decreto-Lei nº298/2007, 22 de Agosto.
9. Até 28 de Fevereiro do ano seguinte, a ARS, nos termos da Portaria 301/2008, de 18 de Abril, comunica à USF a decisão relativa à atribuição de incentivos, em consonância com o relatório de avaliação do processo negocial/contratual elaborado pelo Departamento de Contratualização.
10. Até 31 de Março de cada ano a ARS aprova o plano de aplicação dos incentivos institucionais proposto pela USF aquando da apresentação do relatório de actividades.
11. Até 31 de Março de cada ano a ARS, quando haja lugar a atribuição de incentivos financeiros, procede ao respectivo abono, aos enfermeiros e assistentes administrativos.
12. O acompanhamento do desempenho da USF, a executar pelo Departamento de Contratualização, efectua-se de forma automática e por via electrónica, não sobrecarregando a USF com carga administrativa adicional. No entanto, sempre que necessário, a USF deve disponibilizar-se para prestar os esclarecimentos considerados como relevantes e solicitados pelo Departamento de Contratualização.



**ARS NORTE**  
Administração Regional  
de Saúde do Norte, I.P.

13. Se circunstâncias imprevisíveis determinarem a desactualização das metas definidas no presente acordo (**Anexo I**), as partes contratantes assumem o compromisso de rever os referidos termos.
14. O não cumprimento do articulado deste compromisso, por parte da USF, poderá excluí-la da atribuição dos incentivos institucionais, mesmo que as metas tenham sido atingidas, ou conduzir mesmo a uma reavaliação do processo de constituição e de desenvolvimento da USF por decisão da Administração Regional de Saúde.
15. Nos termos do artigo 17º, nº4, do Decreto-Lei nº298/2007, de 22 de Agosto, e do artigo 6º, nº2, da Portaria nº301/2008, 18 de Abril, o incumprimento das metas contratualizadas não releva se o mesmo tiver origem na não disponibilização atempada, por parte da ARS, dos recursos mencionados no **Anexo III**.

O Director do CS de Fafe

O Coordenador da USF Arões

O Presidente da ARS Norte, IP

ARS Norte, 31 de Julho de 2008

**ANEXOS:**

- I – Compromisso Assistencial Contratualizado
- II – Plano de Acompanhamento Interno
- III – Manual de Articulação CS/USF

## ANEXO I – COMPROMISSO ASSISTENCIAL CONTRATUALIZADO

### A – CARTEIRA BÁSICA DE SERVIÇOS – INDICADORES COMUNS (Atribuição de incentivos institucionais)

[ Art. 2º, nº2, alínea a) da Portaria nº 301/2008, 18 de Abril - Anexo I ]

Área	N.º S.I.	Indicador	Meta
Acesso	3.12	Percentagem de consultas ao utente pelo seu próprio médico de família	85%
	3.15	Taxa de utilização global de consultas	70%
	4.18	Taxa de visitas domiciliárias médicas por 1.000 inscritos	25‰
	4.30	Taxa de visitas domiciliárias de enfermagem por 1.000 inscritos	140‰
Desempenho Assistencial	5.2	Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia actualizada	45%
	5.4	Percentagem de diabéticos com pelo menos três HbA1C registadas nos últimos 12 meses, desde que abranjam os 2 semestres (modificado).	80%
	5.10	Percentagem de hipertensos c/ registo de pressão arterial nos últimos seis meses	95%
	6.1	Percentagem de crianças com PNV actualizado aos 2 anos	99%
	6.12	Percentagem de primeiras consultas na vida efectuadas até aos 28 dias	80%
	6.9	Percentagem de primeiras consultas de gravidez no primeiro trimestre	80%
Satisfação dos utentes	-	Percentagem de utilizadores satisfeitos/muito satisfeitos (aplicação de inquérito --- classificação final)	
Eficiência	7.6	Custo estimado para medicamentos prescritos	<b>Crescimento zero</b>
	7.7	Custo estimado com meios complementares de diagnósticos e terapêutica prescritos	<b>Crescimento zero</b>

### B– CARTEIRA BÁSICA DE SERVIÇOS – INDICADORES ACORDADOS (Atribuição de incentivos institucionais)

[Art. 2º, nº 2, alínea b) da Portaria 301/2008, 18 de Abril]

Área	N.º S.I.	Indicador	Meta
Desempenho Assistencial	5.1	Percentagem de mulheres entre os 50 e os 69 anos com registo de mamografia nos últimos dois anos	65%
	6.1	Percentagem de crianças com PNV actualizado aos 6 anos	98%

**CARTA DE COMPROMISSO – Unidade de Saúde Familiar Arões – Modelo B**



**ARS NORTE**  
Administração Regional  
de Saúde do Norte, I.P.

**3 – Carteira básica de serviços – Alargamento de Horário**  
(Artigos 10º, nº 5, 30º, 32º e 34º do Decreto-Lei nº298/2007, 22 de Agosto)

<b>Horário</b>			<b>Encargos*</b>		
	<b>Período diário</b>	<b>Carga Semanal</b>	<b>Médicos N°</b>	<b>Enfermeiros N°</b>	<b>Administrativos N°</b>
<b>Fins-de-semana</b>	<b>9h – 13h</b>	<b>4h</b>			
<b>Feriados</b>	<b>9h – 13h</b>	<b>4h</b>			

\* Encargos calculados segundo “Normas para cálculo das remunerações”

**ANEXO II – PLANO DE ACOMPANHAMENTO INTERNO**

(Art. 7º da Portaria 301/2008, 18 de Abril)

<b>Área de Acompanhamento</b>
<b>Diabetes</b>

**ANEXO III – MANUAL DE ARTICULAÇÃO**

**Recursos físicos, técnicos, humanos e financeiros**

(Artigos 6º, nº3, alíneas a e b) e 18º do Decreto-Lei nº298/2007 de 22 de Agosto)

**Nota:** Documento disponível para consulta na ARS Norte IP arquivado na pasta da USF Arões

## **Apêndice I – Consultas e Serviços**

---

Serviços de ambas as unidades de saúde:

- Consulta programada de MGF;
- Consulta de vigilância a grupos de risco (hipertensos e diabéticos);
- Consulta a grupos vulneráveis (Saúde Materna, Saúde Infantil e Juvenil, Planeamento Familiar e Vigilância Oncológica);
- Consulta aberta (para quem necessita de consulta para esse momento e o seu médico de família e este não está presente ou não o pode atender);
- Repetição de medicação crônica;
- Domicilio médico ou de enfermagem;
- Procedimentos e ensino de enfermagem;
- Consulta de psicologia;

Só no Centro de Saúde S. João:

- Consulta de podologia.

Só na USF – Arões:

- Consulta de Nutrição;
- Consulta de Apoio ao Jovem.

## Apêndice II – Cumprimento PNV

	CSSJ							USF - Arões		
	Meta 08	Resultados 07			Resultados 08			Resultados 08		
	%	Nº crianças vacinadas	Total	%	Nº crianças vacinadas	Total	%	Nº crianças vacinadas	Total	%
Crianças vacinadas com DTP 3 e/ou DTP 4 relativamente às crianças inscritas no F. V. nascidas em 2006	100%	215	215	100%	170	171	99,42%	89	90	98,9%
Crianças vacinadas com HIB 3 e/ou HIB 4 relativamente às crianças inscritas no F. V. nascidas em 2006	100%	215	215	100%	169	171	98,83%	90	90	100%
Crianças vacinadas com VHB 3 relativamente às crianças inscritas no F. V. nascidas em 2006	100%	215	215	100%	169	171	98,83%	90	90	100%
Crianças vacinadas com VAP/VIP 3 relativamente às crianças inscritas no F. V. nascidas em 2006	100%	215	215	100%	170	171	99,42%	90	90	100%
Crianças vacinadas com BCG relativamente às crianças inscritas no F. V. nascidas em 2006	100%	215	215	100%	170	171	99,42%	90	90	100%
Crianças vacinadas com VASPR 1 relativamente às crianças inscritas no F. V. nascidas em 2006	99%	212	215	98,60%	164	171	95,91%	90	90	100%
Crianças vacinadas com Men C 2/3 nascidas em 2006	99%	202	215	93,95%	168	171	98,25%	90	90	100%
Crianças que aos 24 meses cumpriram o PNV relativamente às crianças inscritas no F.V	99%	206	215	95,81%	163	171	95,32%	90	90	100%

## Apêndice III – Taxa de Cobertura

---

	CSSJ		USF - Arões
	2007	2008	2008
nº 1as consultas no ano	13604	13546	6205
nº total utentes	20000	20000	8961
%	68,02%	67,73%	69,24%
nº 1as consultas no ano a utentes > 19 anos	9920	9994	3877
nº total de inscritos > 19 anos	16572	16571	7073
%	59,86%	60,31%	54,81%
nº de 1as consultas de P. F.	1255	1161	941
Nº total mulheres inscritas entre 15 e 49 anos	5456	5439	2610
%	23,00%	21,35%	36,05%
nº de 1as consultas de S. I. (< 18 A)	2489	2420	1219
Nº total inscritos até 18 anos	3428	3429	1888
%	72,61%	70,57%	64,57%

## **Apêndice IV – Número médio de consultas por utilizador activo**

		CSSJ		USF - Arões
		2007	2008	2008
Geral	nº total de consultas	59262	59140	25646
	nº de 1as consultas no ano	13604	13546	6205
	Média	4,36	4,37	4,13
Adultos	nº total consultas a utentes > 19 anos	47672	48628	20258
	nº 1as consultas no ano a utentes > 19 anos	9920	9994	3977
	Média	4,81	4,87	5,09
Planeamento Familiar	nº total de consultas de P. F.	1957	1748	1258
	nº de 1as consultas no ano de P. F.	1255	1161	941
	Média	1,56	1,51	1,34
Saúde Infantil	nº total de consultas de S. I. (< 18 A)	8402	7673	3348
	nº 1as consultas no ano (< 18 A)	2489	2420	1219
	Média	3,38	3,17	2,75

## Apêndice V – Reflexão

---

### Como transmitir más notícias

A comunicação ainda é a ferramenta primária e indispensável com a qual médicos e pacientes trocam informações. Elementos como a empatia, compreensão, interesse, desejo de ajuda e bom humor são indispensáveis para conseguir um ambiente de conforto emocional, no qual o paciente terá um conhecimento de sua doença e diagnóstico, e o médico agirá segundo seus conhecimentos, experiência clínica e suas capacidades humanas.

Este tema é de extrema relevância, pois é uma realidade praticamente do dia-a-dia e, além disso representa um enorme choque e uma nova fase da vida do doente e da família. Apesar de sua importância, muitos profissionais ainda carecem de informação e preparação suficientes para lidar com essas situações.

Má notícia pode ser compreendida como aquela que altera drasticamente e negativamente a perspectiva do paciente em relação ao seu futuro, ou seja, toda a comunicação relacionada com o processo de atenção médica, que traz uma ameaça ao estado mental ou físico do paciente e um risco deste ter de alterar seu estilo de vida já estabelecido.

Uma preocupação comum é a de como a má notícia irá afetar o paciente, sendo esta uma justificativa para o fato de escondê-la. O código de ética médica, desde 1847 já declarava: “A vida de uma pessoa doente pode ser diminuída não apenas pelos atos, mas também pelas palavras ou maneiras do médico. Isto é, portanto, uma obrigação sagrada a de guardá-lo cuidadosamente a este respeito e evitar todas as coisas que tenham a tendência de desencorajar o paciente e deprimir seu espírito”.

Alguns dos erros mais comuns consistem em não dar a má notícia e esperar que outra pessoa remedeie a situação, seja um clínico geral, outro colega ou uma enfermeira, etc. Também é frequente adiar-se o momento temido, mentir ou “economizar a verdade” dando uma certeza da cura o que poderá não acontecer ou até o contrário e ter uma atitude pessimista com uma objectividade crua e exagerada. Alguns estudos sobre oncologistas constatou que estes dariam pouco espaço ao doente para falar de si, das suas emoções através de perguntas fechadas e de fuga quando o tema era mais emotivo. Só cerca de 1% da conversa seria sobre os receios e preocupações do doente. Deste modo, toda a consulta era “superficial” pois a empatia era muito baixa e mesmo a capacidade do doente compreender qualquer explicação sobre a sua doença e opções de tratamento não era a mesma pois a sua preocupação estaria bloqueada pela emoção e pelas dúvidas constantes relativas ao seu futuro.

Alguns estudos sugerem que o mais importante para os doentes é a ambiente, a forma como é comunicada a má notícia, qual e quanta informação é transmitida e o suporte emocional que recebem, se bem que estas preferências têm variações demográficas, por exemplo os jovens, os doentes do sexo feminino e os que têm maiores habilitações académicas expressam vontade de receberem informação o mais detalhada possível e também apoio emocional.

Um estudo concluiu que grande parte dos doentes (>90%) gosta de ouvir que vai receber o tratamento mais actual, que o médico assistente diga que não abandonará o doente, querem saber toda a informação sobre a sua condição, que outros médicos serão chamados e informações sobre onde encontrar artigos científicos sobre a sua doença. Sobre quem querem que comunique o diagnóstico um estudo em Portugal concluiu que, cerca de 50 % preferem que seja o médico de família, 29% que seja o médico assistente hospitalar, 9% qualquer médico e 3% o psicólogo. Ninguém quis que a notícia fosse dada pelos enfermeiros, assistentes sociais ou membros da família. Cerca de 9% assinalaram “outra pessoa”. Já sobre quem queriam presente no momento da transmissão da má notícia 61% queriam ter presente um membro da família, 0 % com amigo, 10% sozinhos, 3% com outros profissionais, 3% com outros pacientes e 23% declaram que era indiferente. Finalmente em relação ao tratamento 68% querem decidir por si, 49% que seja um familiar e 21% só o médico.

Deste modo apresentam-se em baixo algumas recomendações a ter em conta quando se vai dar uma má notícia a um paciente:

1) Estabelecer uma relação médico - equipe de saúde – paciente adequada. A construção de uma interação apropriada, desde o primeiro contato, implica por em prática a capacidade de empatia, compreensão e desejo de ajuda. A conduta e o comportamento profissional são essenciais para o paciente sentir-se bem.

2) Conhecer cuidadosamente a história médica. Isto dará consistência às decisões clínicas e permitirá uma comunicação mais clara e fluída. Neste sentido, quem irá revelar as más notícias deverá ser preferencialmente o médico responsável pelo caso.

3) Ver o paciente como pessoa. É importante que se vá além do conhecimento formal e saber quem é a pessoa a quem se oferece os cuidados. Nesses momentos questões como: de onde vem esse paciente? Quais são suas motivações? Seus medos? Projetos? – são importantes para que se possa lidar com outras dificuldades que não somente aquelas impostas pelo adoecimento.

4) Preparar o setting. Deve se buscar um lugar com privacidade e conforto, onde não haja possibilidade de interrupção e saber se o paciente deseja a presença de outras pessoas durante a entrevista.

5) Organizar o tempo. É necessário que se garanta um tempo razoável para preparar o paciente, dar a informação, permitir um breve espaço para reflexão e possibilitar um intercâmbio entre perguntas e respostas programando, apropriadamente, o seguimento e abordando os procedimentos terapêuticos por fazer, antes de concluir a entrevista.

6) Aspectos específicos da comunicação. É muito importante compreender o paciente, ter uma expressão neutra e, em seguida, informar as más notícias de maneira clara e direta. Usar um tom de voz suave, pausado e usar uma linguagem simples e sincera. O profissional deverá assegurar-se que o paciente tenha compreendido a mensagem com clareza. Ouvir a má notícia deve ser contrabalançado, contudo, com a evidência de que alguma coisa pode ser feita.

7) Reconhecer o que e quanto o paciente quer saber. Existe discordância entre o que o profissional quer dizer e o que o paciente quer saber. Perguntar ao paciente o que ele quer saber dará a oportunidade deste colocar sua vontade. Neste sentido, há duas perguntas importantes a serem feitas: a) O que o doente sabe sobre sua situação médica? b) Quais informações que ele deseja receber? As respostas permitirão avaliar a percepção do paciente e saber o que informar e a melhor maneira de dar a informação dentro do nível de compreensão do paciente.

8) Encorajar e validar as emoções. Mesmo que se possam identificar algumas expressões emocionais é importante que o profissional verifique continuamente com o paciente como ele se sente, não antecipando a reação emocional do mesmo. Se precisar, oferecer referências utilizando os serviços interdisciplinares para aumentar o cuidado ao paciente.

9) Atenção e cuidado com a família. O profissional deverá ficar atento à situação familiar do paciente e levar em conta as necessidades particulares da família em função de seus antecedentes culturais e religiosos.

10) Planear o futuro e o seguimento. Após ter recebido a má notícia, um paciente pode experimentar sentimentos de isolamento e incerteza. O profissional pode minimizar a ansiedade do paciente resumindo as áreas discutidas, verificando se houve a compreensão e formulando um planejamento ou “próximos passos” com o paciente.

11) Trabalhar os próprios sentimentos. Estar consciente das próprias reações, preocupações e sentimentos é extremamente importante para que o profissional possa manter uma boa relação com o paciente, quando se comunicam más notícias.

Apesar de ser um tema importante para a prática clínica e possuir guias para vários grupos profissionais a forma de dar más notícias não está baseada em evidências científicas. Como tal, deverá decorrer também de um esforço de empatia, de ajuda e de bom-senso por parte do pessoal médico. Deverá haver sobretudo respeito por aquele que se encontra à nossa frente e, agora, também pela sua condição que corresponde muitas vezes ao virar de uma página importante na sua vida em que terá muitas vezes de lutar e de viver directamente o dilema vida/morte. E cabe também às instituições de ensino preparar os futuros profissionais também nestes aspectos que à partida não parecem tão técnicos ou profissionalmente relevantes mas que no fundo o são.

### **Bibliografia:**

Victorino, AB; Nisenbaum, EB; Gibello, J; Bastos, MZ; Andreoli, PB; Como dar más notícias: Uma revisão bibliográfica.

Espinosa, M.; González, BM; Zamora, P; Urdoez, A; Arranz, P. Doctors also suffer when giving bad news to cancer patients. Support Care cancer 1996; 4(1):61-63.

Fujimori, M; Uchitomi, Y; Preferences of Cancer Patients Regarding Communication of Bad News: A Systematic Literature Review.

Tate, P; Guia Prático Climepsi da comunicação médico-doente, Pag 139-144.

André Marinho, Turma 3

## Apêndice VI – Diário Valência Urbana

Diário de 29/09/2009  
Centro de Saúde S. João

Iniciais	Idade	Género	Motivo consulta	Problemas saúde	Referência	Retorno
AHSL	69	masc.	Consulta programada. Falta de ar e cansaço. Melhoria sintomática em relação à consulta anterior	Cardiomiopatia dilatada de etiologia isquémica. Dislipidemia; HTA	Cardiologia	
OMN	64	fem.	consulta programada.	Fractura extremidade distal do rádio direito e da apófise estilóide do cúbito. DM II; HTA; Glaucoma; Ansiedade		De consulta de ortopedia
MACCS	70	fem.	Consulta aberta. Voltou a ter febre e expectoração mucopurulenta	Gripe		
MEOS	49	fem.	Consulta programada. Ver MAPA e medicar se necessário. Requisição de mamografia.	HTA com reacção de alerta muito marcada com valores de 200 mmHg. Personalidade ansiosa.		
MMOS	47	fem.	Consulta programada. Mamografia. Ecografia tiróideia.	HTA, dislipidemia, nódulos tiróideus.		
FFS	49	masc.	Retorno de consulta de imuno-alergologia. Testes alérgicos negativos.	Urticária de causa desconhecida que responde a anti-histaminico. Helicobacter pylori e Entamoeba coli positivo em exames às fezes.		de consulta de imuno-alergologia
JMFB	48	masc.	Traz radiografia da coluna. Queixa-se de dores musculares lombares.	Febre dos fenos / rinite alérgica. Asma. Perfuração do timpano. Alterações do metabolismo lipídico. Diabetes Mellitus tipo II.		
AJCS	50	masc.	Epigastralgias. Mostrar estudo analítico requisitado na consulta anterior.	Alterações do metabolismo lipídico. Problemas osteoarticulares.		
AVC	64	masc.	Mau-estar generalizado. Mostrar análises e ecocardiografia.	Patologia depressiva, patologia osteo-articular, síndrome do canal cárpico. Fibrilhação auricular diagnosticada nesta consulta.		
MJ	69	fem.	Queda sobre a anca, do lado direito, há cerca de 10 dias. Já foi ao hospital mas ainda sente algumas dores.	Prótese da anca devido a coxartrose.		
CMP	35	fem.	Traz TAC ao joelho requisitada na última consulta devido a traumatismo do joelho direito.	Perturbação depressiva, abuso de drogas.		Ortopedia (fractura do menisco interno)
MILO	59	fem.	Vai ser operada dia 10/10 a fistula anal. Refere insónia intermédia. Pede parecer sobre alteração da pele no joelho esquerdo.	HTA, Pert. Depressivas, obstipação, hemorróides, osteoartrose da coluna, síndrome colon irritável, gastrite crónica, hipercolesterolemia		

## Apêndice VII – Desdobrável de educação para a Saúde

**O que é a doença cardiovascular?**

Doença cardiovascular é a principal causa de morte em Portugal. O termo é usado para qualquer doença que afecte o coração ou os vasos. Esta doença engloba enfartes cardíacos, AVC's, aneurismas, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca...

Ainda que o factor hereditário tenha alguma importância no desenvolvimento da patologia cardiovascular há factores que são modificáveis e podem ser usados para diminuir significativamente o risco.

**Tabaco e a Doença Cardiovascular**

*Trabalho elaborado por:*  
**André Marinho**  
*Medicina comunitária 09/10*



**Impacto do uso de tabaco**

Apesar dos vários factores que nos podem por em risco de desenvolver patologia cardiovascular, **FUMAR** é o principal factor isolado evitável em Portugal. O fumo do tabaco afecta inúmeros órgãos e sistemas do nosso corpo.

Reduz a quantidade de oxigénio que chega ao nosso coração, pulmões, cérebro e outros órgãos vitais. O uso prolongado de tabaco pode provocar patologia grave que poderá levar à diminuição da qualidade de vida e, inclusive, à morte. Mesmo o tabaco de mascar não é considerado uma alternativa segura, pois leva a um aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial aumentando o risco de patologia cardiovascular.

**Proteja-se**

**Seja activo** – a actividade física regular ajuda a prevenir a obesidade, diabetes, hipertensão arterial e outras condições que levam à doença cardiovascular.

**Coma saudável!** – dietas ricas em gorduras saturadas, colesterol e sal fazem subir os níveis de colesterol no sangue e a pressão arterial.

**Deixar de fumar** – O tabaco contém níveis elevados de monóxido de carbono que reduzem a quantidade de oxigénio que chega ao coração e aos outros tecidos. A nicotina também aumenta a frequência cardíaca e a pressão arterial. Os produtos tabágicos podem causar danos sérios ao seu sistema cardiovascular.

**Beba menos álcool** – beber muito álcool pode aumentar ainda mais a pressão arterial quando junto com o tabaco e, deste modo, aumentar também o risco cardiovascular.

**Exposição involuntária ao tabaco**

Estima-se que nos EUA a exposição involuntária ao tabaco provoque cerca de 69000 mortes de patologia cardíaca a cada ano. Esta forma de exposição leva à inalação dos mesmos químicos portanto deve-se evitar sempre que possível.

**Benefícios imediatos da cessação**

Mesmo que tenha fumado durante vários anos pode experimentar de benefícios dramáticos e alguns deles quase imediatos se deixar de fumar já. De acordo com a American Cancer Society podem quem deixar de fumar pode ter os seguintes **benefícios**:

**Após 20 minutos** – descida da frequência cardíaca e da pressão arterial.  
**2 semanas a 3 meses** – Melhoria da circulação e da função pulmona.  
**1 a 9 meses** – Diminuição da tosse e do cansaço fácil.  
**1 ano** – Descida para metade do risco de doença coronária característico do fumador.  
**5 a 15 anos** – Diminuição do risco de enfarte cardíaco para valores semelhantes aos do não fumador.


**Nós podemos ajudá-lo**

Se deixar de fumar a sua qualidade de vida melhorará substancialmente. Além disso, irá diminuir o risco de de aparecimento de doença cardiovascular.

O tabaco é um conjunto de substâncias que provocam dependência, portanto pode tornar-se difícil deixar. Daí que vários estudos suportem que será mais fácil quando se é acompanhado em sessões de cessação tabágica.

Vá ao seu medico de família e informe-se sobre esse tipo de consultas.

**Cabe a si o primeiro passo! Não ponha em risco o seu coração, a sua pressão arterial ou qualquer outro órgão! Deixe de fumar hoje!**



## Apêndice VIII – Diário Valência Rural

Diário de 13/10/2009

USF Arões - Fafe

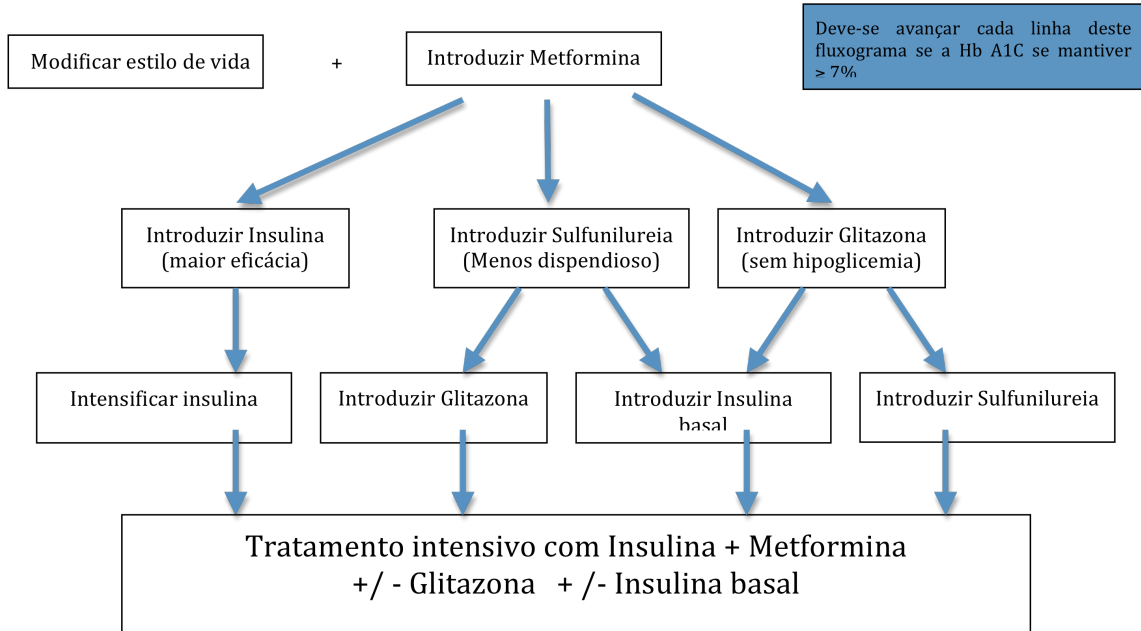
Iniciais	Idade	Género	Motivo consulta	Problemas saúde	Referência	Retorno
ASM	74 A	Fem.	Cons. Programada Consulta de controlo de HTA	HTA não complicada, dislipidemia, varizes		
RLF	58 A	Fem.	Cons. Programada Mostrar análises e EDA com biópsia	Gastrite Crónica e duodenite grau I		
JBL	48 A	Fem.	Cons. Programada Pert. do sono	Cirrose hepática secundária a alcoolismo crónico. Alcoolismo compulsivo.		
PCPS	22 A	Fem.	Cons. Programada	ICC diagnosticada na gravidez. Patologia valvular	Cirurgia Cardio- torácica	
BLSS	1:00 AM	Fem.	Febre e dores de garganta. Ao exame objectivo orofaringe ruborizada	Amigdalite aguda		
MELF	52 A	Fem.	Cons. Programada. Otorreia purulenta crónica.	Otite média serosa. Perfuração timpanica.		
RFFC	13 A	Masc.	Mostrar ecografia	Derrame posterior ao ligamento rotuliano dto, sugestivo de bursite		
MADG	60 A	Fem.	Cons. Programada Inf. Por Varicela zooster, neste momento a varicela já melhorou mas surgiu nevralgia	Nevralgia secundária a Zona.		
FRRC	29 A	Masc.	Cons. Programada Odinofagia e garganta ruborizada. Mostrar audiometria.	Presbiacusia Faringites recorrentes		
MC	86 A	Fem.	Cons. Programada Avaliação de HTA	HTA não complicada, dislipidemia		
MFF	68 A	Fem.	Cons. Programada Dores musculares lombares. Tumefacção circular na fossa poplitea joelho dto com cerca de 1,5 cm	HTA não complicada, dislipidemia, Dça varicosa membro inferior, histerectomia por neoplasia benigna.		
MICN	54 A	Fem.	Cons. Programada Vigilância oncológica	Saudável		

## Apêndice IX - Algoritmo

### Algoritmo de tratamento da Diabetes Mellitus tipo II

Elaborado por André Marinho – turma 3

Após diagnóstico de DM II :



- Não estão neste algoritmo Pramlintide, Exenatide, inibidores das alfa glicosidases e os glinides por baixo poder hipoglicemiante, poucos dados clínicos e, por vezes, alto preço.

- Elaborado conforme as guidelines da American Diabetes Association e European Association for Study of Diabetes.

## **Apêndice X – História Clínica**

---

Fafe, Centro de Saúde de Fafe, Unidade de Saúde Familiar – Arões  
19 de Outubro de 2009

### **Anamnese**

#### **Identificação:**

**Nome:** A.L.P.

**Data de Nascimento/Idade:** 14 de Fevereiro de 1941, 68 anos de idade.

**Sexo:** Feminino.

**Raça:** Caucasiana.

**Estado civil:** Casada.

**Profissão:** Reformada há 19 anos. Anteriormente era agricultora.

**Naturalidade:** Arões.

**Residência:** Fafe.

**Religião:** Católica.

#### **Fonte e fiabilidade da informação:**

A informação é fiável e cedida pela própria.

#### **Subjectivo:**

##### **Motivo da consulta:**

Consulta programada (rotina).

##### **Queixas principais:**

Astenia, dispneia, ligeira constipação.

## **História da doença actual:**

Doente com 68 anos, vem a consulta de rotina e queixa-se de astenia, fraqueza e “muito cansaço” (sic). Refere que há um mês recorreu ao médico com as mesmas queixas e por mal-estar geral. Foram-lhe prescritas umas injeções (que não sabe especificar) e a doente refere agravamento da sintomatologia. Refere dispneia para pequenos e grandes esforços. Doente refere também dispneia paroxística nocturna, que melhora com o uso de almofadas altas. Diz alimentar-se bem mas tem pouco apetite. Nega febre, tosse, alterações gastrointestinais e/ou urinárias.

## **Antecedentes pessoais:**

- **História médica prévia**

Sarampo e papeira em criança. Nega ter tido varicela ou rubéola.

- **Insuficiência cardíaca**

Há 19 anos, por síncope de repetição, realizou ECG e prova de esforço (cujos resultados desconhece) e, na sequência de tal estudo, foi-lhe colocado pacemaker. Foi submetida a cirurgia há 5 anos para substituição da fonte de energia do pacemaker. Doente refere que não voltou a desmaiar desde que colocou o aparelho. Refere que há cerca de 6 anos sofreu descompensação da insuficiência cardíaca (?) e esteve internada por edemas generalizados e dispneia em repouso e para pequenos esforços.

- **Doença degenerativa da coluna**

Doente refere sofrer de artroses e de dores da coluna que melhoram com o repouso, desde há cerca de 20 anos. Nunca foi medicada com analgésicos e/ou anti-inflamatórios.

- **Bócio**

Há cerca de 30 anos foi-lhe diagnosticado bócio. Doente refere que sofria de odinofagia e de sensação de “peso no pescoço” (sic). A doente desconhece estudo da função tiroideia e não se recorda se realizou estudo ecográfico da tiróide. Foi submetida a terapêutica ablativa com iodo radioactivo e obteve melhoria da sintomatologia.

- **Histerectomia e anexectomia bilateral**

Há 35 anos, depois do nascimento do último filho, a doente foi submetida a histerectomia e anexectomia bilateral. Doente refere que sofreu de hemorragias abundantes após o parto desse mesmo filho.

- **Gastrite crónica**

Doente refere gastrite crónica. Nega sintomatologia gastrointestinal. A última endoscopia digestiva alta que realizou foi há 4 anos. Doente não se recorda do resultado desse exame.

- **História obstétrica e ginecológica**

Menarca aos 15 anos de idade. Interlúnios regulares, de cerca de 20 dias e cataménio de abundância moderada de 5 dias de duração. Sem história de dismenorreia. Nega sangramento intermenstrual, prurido vaginal e infertilidade.

Três gravidezes, sem complicações, todas por parto eutócico. Amamentou ao seio apenas o 1º filho. Nega abortamentos e uso de anticoncepcionais orais. Controlo da natalidade por métodos naturais.

Submetida a histerectomia e anexectomia bilateral há 35 anos.

A última mamografia foi realizada há 2 anos, sem alterações.

### **Hábitos e estilos de vida:**

- Alimentares:
  - não faz qualquer restrição.
  - não consome bebidas alcoólicas.
- Nunca fumou.
- Sem história de consumo de drogas ilícitas.
- Nega diabetes mellitus, hipertensão arterial, hipercolesterolemia e osteoporose.

### **Medicações actuais:**

- Lasix® (furosemida)
- Formoterol
- Triatec® (ramipril)
- Aspirina® (ácido acetilsalicílico)

### **Alergias:**

Desconhece alergias.

### **Vacinação:**

Tem o Plano Nacional de Vacinas actualizado.

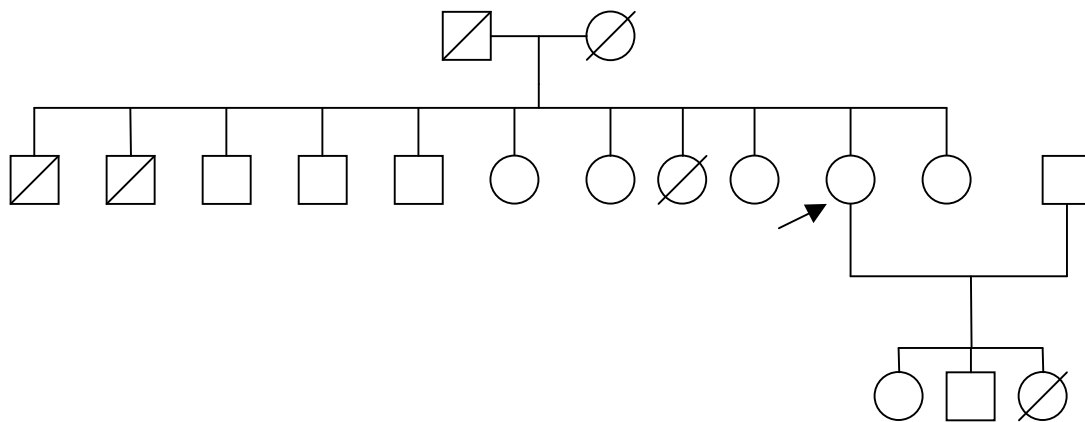
### **História profissional:**

Tem o 4 ° ano de escolaridade. Começou a trabalhar com 15 anos de idade como agricultora. Está reformada desde há 19 anos, altura em que colocou o pacemaker.

## História social:

Actualmente vive com o marido (também reformado) e com o qual mantém boa relação, em habitação própria. A habitação não tem água canalizada mas tem saneamento básico e electricidade. Tem vários animais domésticos, nomeadamente cães, cabras, ovelhas e várias aves.

## Antecedentes familiares:



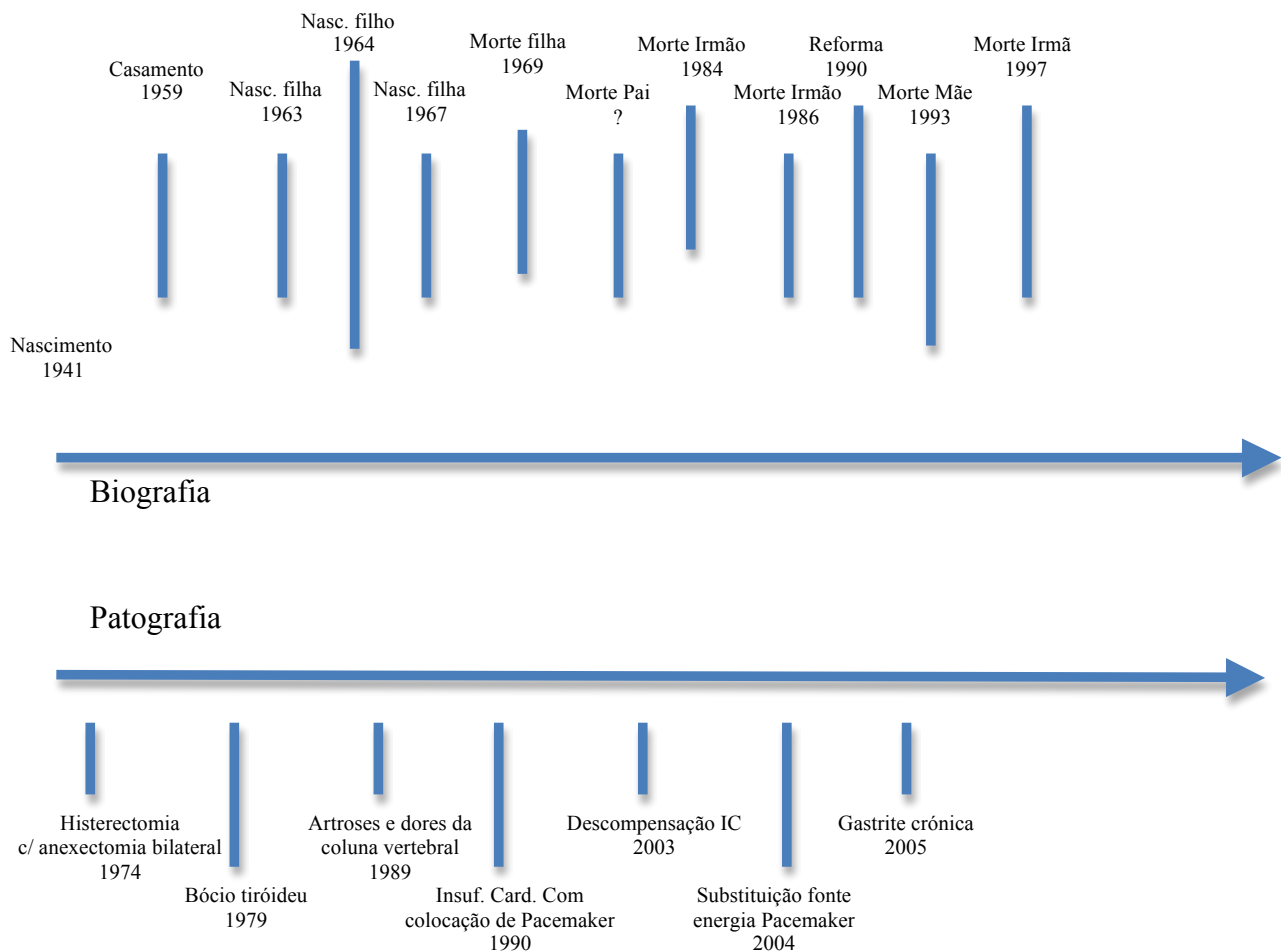
- **I-1:** pai falecido aos 78 anos de idade por acidente vascular cerebral.
- **I-2:** mãe falecida com 90 anos de idade por morte súbita.
- **II-1:** morreu com 38 anos, por neoplasia do estômago.
- **II-2:** morreu aos 49 anos, por neoplasia dos pulmões.
- **II-8:** morreu aos 52 anos por neoplasia do estômago.
- **II-3, II-4, II-5, II-6, II-7, II-9 e II-10:** 75, 70, 66, 74, 63 e 53 anos de idade, respectivamente; e todos saudáveis.
- **III-1:** filha com 36 anos de idade, saudável.
- **III-2:** filho com 35 anos de idade, com úlcera gástrica.

- **III-3:** filha falecida há 30 anos, com 2 anos de idade, em acidente doméstico.

- **Ciclo de vida familiar de Duvall:** Estadio VIII (progenitores na 3ª idade).

- **Baixo risco familiar.**

## Biopatografia



**Observações:** Não foi possível um estudo mais aprofundado da família por indisponibilidade da doente e, também devido ao facto de algumas questões serem complicadas de serem colocadas e as próprias respostas difíceis para a senhora, nomeadamente Apgar familiar de Smilkstein e Circulo Familiar de Thrower.

## **Objectivo – Exame físico**

### **Estado geral:**

Mulher de 67 anos (idade aparente superior à idade real), caucasiana, com mau estado geral e nutricional. Doente consciente, orientada no tempo e espaço. Pele e mucosas descoradas e hidratadas.

### **Sinais vitais:**

Temperatura auricular: 36,8 °C

Pulso: 65 batimentos/minuto

Pressão arterial: 105/60 mmHg

Peso: 41 Kg

Altura: 1,45 m

IMC: 19.5 (peso ideal)

### **Pele e faneras:**

Pele seca, anictérica e sem cianose.

Mucosas descoradas, hidratadas e anictéricas.

De momento sem edema, sudorese excessiva ou odor anormal.

### **Cabeça e pescoço:**

Sem alterações.

Tiróide não palpável e indolor.

Acuidade visual preservada, bilateralmente.

**Cavidade oral e garganta:**

Lábios cianosados, sem feridas visíveis.

Mucosa gengival sem lesões, sem hemorragia, sem hipertrofia.

Orofaringe sem sinais de inflamação.

**Mama:**

Inspeção: Pele sem lesões. Sem deformidades ou retracções visíveis. Auréola e mamilo sem inversões ou escorrências.

Não foi efectuada palpação mamária.

**Sistema respiratório e cardiovascular:**

Auscultação cardíaca e pulmonar sem alterações.

**Sistema vascular periférico:**

Membros inferiores com temperatura normal, sem edema (sinal de godet negativo) e sem dor à palpação.

**Abdómen:**

Inspeção: Presença de hérnia umbilical e de hérnia inguinal esquerda e direita.

Palpação: abdómen mole e depressível, sem dor, defesa ou rigidez à palpação superficial ou profunda. Sem ascite.

Percussão: timpanismo à percussão em todos os quadrantes. Sem dor à percussão no ângulo costo-vertebral.

Auscultação: ruídos intestinais hidroaéreos presentes em todos os quadrantes, de intensidade e frequência normal (borborigmos e sons de tonalidade grave e de curta duração).

**Genital feminino:**

Não avaliado.

**Avaliação – Lista de problema**

Activos :

- Artroses
- Gastrite crónica.

Passivos :

- histerectomia e anexectomia bilateral
- Morte da filha.

**Hipóteses de diagnóstico:**

- Insuficiência cardíaca
- Anemia

**Plano – Atitudes a tomar:**

- Pedir ECG;
- Pedir análises de rotina (hemograma, função hepática, função renal, urina tipo II) e função tiroideia;
- Densitometria óssea;
- Pesquisa de sangue oculto nas fezes;
- Mamografia bilateral.