



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2010/2011

João Pedro Barbosa Gonçalves

Relatório de Estágio Profissionalizante em Medicina Comunitária

Maio, 2011

FMUP



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

João Pedro Barbosa Gonçalves

Relatório de Estágio Profissionalizante em Medicina Comunitária

Mestrado Integrado em Medicina

Área: Medicina Comunitária

Trabalho efectuado sob a Orientação de:

Prof. Doutor José Frey Ramos

Maio, 2011

FMUP

Unidade Curricular "Dissertação/Monografia/Relatório de Estágio Profissionalizante"

Projecto de Opção do 6º ano – DECLARAÇÃO DE REPRODUÇÃO

Nome: _____

Endereço electrónico: _____ **Telefone ou Telemóvel:** _____

Número do Bilhete de Identidade: _____

Título da Dissertação/Monografia/Relatório de Estágio Profissionalizante (cortar o que não interessa):

Orientador:

Ano de conclusão: _____

Designação da área do projecto:

É autorizada a reprodução integral desta Dissertação/Monografia/Relatório de Estágio Profissionalizante (cortar o que não interessar) para efeitos de investigação e de divulgação pedagógica, em programas e projectos coordenados pela FMUP.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, ___/___/_____

Assinatura: _____

Unidade Curricular “Dissertação/Monografia/Relatório de Estágio Profissionalizante”

Eu, _____, abaixo assinado, nº mecanográfico _____, estudante do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, declaro ter actuado com absoluta integridade na elaboração deste projecto de opção.

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

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, ___/___/_____

Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS:

Dr. Jorge Faro, Dr. Pedro, equipa de enfermagem, administrativos e demais elementos da Unidade de Saúde Familiar de Arcos de Valdevez;

Prof. Doutor Frey Ramos, Dr.^a Ariana e Dr.^a Daniela, equipa de enfermagem e demais elementos do Centro de Saúde S. João;

Prof. Doutor Alberto Pinto Hespanhol e restantes elementos do departamento de Medicina Comunitária.

RESUMO:

A Medicina Geral e Familiar é uma especialidade médica, orientada para os Cuidados de Saúde Primários, sendo da competência do Médico de Família a promoção da saúde, a prevenção da doença, o diagnóstico precoce, o diagnóstico da doença estabelecida e a prestação de cuidados curativos, de acompanhamento ou paliativos.

Deve saber lidar com os problemas de saúde em todas as suas dimensões física, psicológica, social, cultural e existencial.

A disciplina de Medicina Geral e Familiar, componente do plano curricular do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina, e permite-nos tomar contacto com o mundo próprio desta especialidade médica.

Eu escolhi esta cadeira também para elaborar a minha tese de mestrado integrada nesta licenciatura. Este relatório refere-se às componentes urbanas e a rural da medicina comunitária. As duas semanas da valência urbana decorreram na CS São João, no Porto. As outras duas, de carácter rural, passaram-se na USF de Arcos de Valdevez, unidades sobre as quais fiz uma breve descrição de actividades, instalações, recursos humanos, entre outras. Como actividade complementar, fiz um estudo descritivo e transversal de uma amostra dos doentes, aos quais foi aplicado um inquérito na sala de espera, com o objectivo de comparar a prevalência de sistemas privados de saúde, o uso e facilidade de acesso aos serviços de saúde públicos e privados. Para além disto, elaborei uma história clínica mais detalhada, e fiz também uma reflexão sobre um tema que me despertou mais interesse e curiosidade, numa das consultas da Unidade de Saúde de Vale do Vez, nomeadamente acidentes isquémicos transitórios. Relatei também, um dia completo de consultas quer do módulo urbano, quer do módulo rural. Este estágio valeu não só pela aquisição de conhecimentos médicos e aptidões fundamentais à prática clínica de qualquer futuro médico, mas também pelo meu próprio desenvolvimento pessoal.

ABSTRACT:

The Family Medicine includes health promotion, prevention and early diagnosis of diseases, and even treatment. It has to deal with health problems in all their physical, psychological, social, cultural and existential dimensions. The subject of Family Medicine is embedded in the curriculum of the 6th year of Integrated Masters in Medicine, and allows us to make contact with the specific world of this medical specialty. I chose this course also to develop my Integrated Masters Thesis degree. This report refers to the components of urban and rural community medicine. The two weeks of the Urban Familiar Health Unit valence took place in Health Centre of S. João, Porto. The other two, of rural character, took the in the Familiar Health Unit of Arcos, with concomitant description of activities, facilities... As a complementary activity, I did a statistical study of a sample of patients, who answered a survey in the waiting room, in order to compare the prevalence of private health care systems, the usage and ease of access to health services, both public and private. Besides this, I worked out a detailed medical history, and I also made a small brief about one of the topics I found more interest and curiosity during the consultations in the Familiar Health Unit of Valdevez, more specifically transient ischemic attacks. I also reported, a full day of appointments from both the rural and urban modules. This stage was worth not only because of the acquisition of medical knowledge and skills fundamental to clinical practice for any future doctor but also for my own personal development.

INDICE:

Agradecimentos	1
Resumo	2
Abstract	3
Siglas e abreviaturas	5
Lista de gráficos, tabelas e figuras	6
Introdução	7
Motivação	8
Objectivos	9
Local e duração do estágio	10
Caracterização das unidades de saúde	11
Tarefas desenvolvidas	19
Conclusão	20
Apêndice I – Registo de consultas	21
Apêndice II – Reflexão	24
Apêndice III – Fluxograma de decisão	28
Apêndice IV – História Clínica	29
Apêndice V – Análise Estatística	38

SIGLAS E ABREVIATURAS:

CSP – cuidados de saúde primários;

USF – unidade de saúde familiar;

CS – centro de saúde;

MGF – medicina geral e familiar;

HSJ – hospital de São João;

ES – extensão de saúde;

USAG – unidade de serviço e apoio geral;

UCSP – unidade de cuidados de saúde personalizados;

APPACDM – associação portuguesa de pais e amigos do cidadão com deficiência mental;

AIT – acidente isquémico transitório;

AVC – acidente vascular cerebral;

CCV – citopatológico cérvico – vaginal;

SNS – sistema nacional de saúde.

LISTA DE GRÁFICOS, TABELAS E FIGURAS:

Grafico1. População e sua distribuição etária da área de abrangência da CS São João.

Grafico2. População e sua distribuição etária da área de abrangência da USF Arcos de Valdevez.

Quadro 1. Registo de consultas 21/12/2010 na UFS Arcos de Valdevez.

Quadro 2. Registo de consultas 16/05/2011 na CS São João.

Figura 1. Esquema do fluxo sanguíneo cerebral.

INTRODUÇÃO:

A origem do conceito de MGF remete-nos aos anos 70, altura em que surgiu como uma reacção a uma crescente tendência à especialização médica e consequente desumanização do atendimento. Caracterizada pela atenção integral à saúde e por levar em consideração a inserção do paciente na família e na comunidade e num conhecimento dele próprio que só o médico de família possui, a medicina geral e familiar é, por excelência, uma especialidade de atenção primária à saúde, ou seja, na qual o médico deve ter um vínculo com seus pacientes antes mesmo deles adoecerem, e quando esses sentirem algo, deve ser o primeiro médico a ser consultado, exceptuando, evidentemente, uma situação de óbvia urgência. Dessa forma, os MF estão numa posição privilegiada para fazer promoção da saúde, prevenção e diagnóstico precoce de doenças, e mesmo o tratamento de patologias que façam parte das suas competências. [1] O Médico de Família deve ser capaz de resolver a maioria dos problemas dos que a ele recorrem, tanto a nível de saúde como de aconselhamento, entre outras. Quando necessário, nunca perdendo o contacto com o utente, é ele que irá orientar a pessoa dentro dos Serviços de Saúde Secundários, referenciando, quando e para onde necessário. No fundo, é o médico especializado naquela pessoa e que idealmente a conhecerá melhor que qualquer outro e que deve prestar cuidados globais e continuados, lidando com os problemas de saúde em todas as suas dimensões. Poderá acompanhá-lo desde que nasce, até terminar o seu ciclo de vida. [2]

Este relatório de estágio foi incluído no meu projecto de opção, inserido no Mestrado Integrado da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP), no ano lectivo de 2010/2011. Deste modo, relato duas vertentes da MGF, nomeadamente as suas componentes rural e urbana, valências que foram feitas nas USF de Vale do Vez e CS São João, respectivamente. Para além de acompanhar a função do MF durante duas semanas em cada centro, também tive como objectivo perceber o funcionamento do serviço de enfermagem e da Unidade de Saúde como um todo. Visitei também durante o estágio urbano uma instituição de apoio a deficientes mentais. No fim, fiz uma comparação entre as duas unidades de saúde.

Bibliografia:

[1] - Organização Mundial de Saúde, Alto Comissariado da Saúde. The World Health Report 2008: Primary Health Care Now More Than Ever.

[2] - WONCA. A Definição Europeia de Medicina Geral e Familiar. WONCA Europa; 2002.

MOTIVAÇÃO:

Pela primeira vez no curso, de forma integrada, específica e continuada, tive a oportunidade de seguir o dia-a-dia, a todos os níveis, não do meio hospitalar mas dum serviço de CSP. É ideal para ter a noção de como é feita a primeira abordagem do doente que se apresenta *de novo* aos cuidados de saúde e como deve ser também a abordagem do médico no acompanhamento a longo prazo desse mesmo doente. Para além disso, estamos perante um role de queixas e patologias completamente diferentes daquelas a que estamos habituados a lidar no meio hospitalar, tendo em conta que ao médico de família chegam toda a variedade de queixas, sem qualquer crivo, pelo qual já passaram os doentes que geralmente chegam aos grandes hospitais, neste caso em particular, o HSJ. É de notar e valorizar também, que essa variedade de patologias é acompanhada pela grande alternância delas de dia para dia, de consulta para consulta, o que obriga o médico a uma grande flexibilidade mental e rápida capacidade de resposta a problemas tão variados, contrastando com a monotonia do role de patologias em um dia de consultas a nível hospitalar.

OBJECTIVOS:

Compreender as funções e importância dos CSP na comunidade.

Compreender o papel do especialista em MGF na situação clínica e existencial do doente.

Descrever o percurso pelo bloco, incluindo as aptidões e conteúdos de formação adquiridos.

Caracterizar a Unidades de Saúde nas quais estagiei.

Comparar as características, a todos os níveis, entre as duas Unidades de Saúde.

Fazer um trabalho complementar sobre cuidados de saúde públicos e privados, e daí tirar algumas relações.

LOCAL E DURAÇÃO DO ESTÁGIO:

Unidade de Saúde Familiar do Vale do Vez no período de 20/12/2010 a 31/12/2010.

Centro de Saúde São João no período de 09/05/2010 a 20/05/2010.

CARACTERIZAÇÃO DAS UNIDADES DE SAÚDE:

CS São João:

O CS S. João abriu em Junho de 1999, então designado projecto “tubo de ensaio”, pois pretendeu verificar como resultava o até agora único acordo de prestação de serviços realizado entre estruturas do Ministério da Saúde e das Universidades, e visava assegurar a prestação de cuidados de saúde primários até a 20000 utentes do SNS, efectuar formação pré e pós graduada de profissionais de saúde, desenvolver projectos inovadores no âmbito da Administração da Saúde e dos Serviços de Saúde e promover a investigação científica nas áreas biomédicas.

O número de pacientes inscrito foi subindo gradualmente até fins de 2001, quando contabilizava cerca de 20000 doentes inscritos. Desde então, não houve grandes variações quanto a esta estatística. [3]

Horário do CS: De 2^a a 6^a Feira: 08:00 - 20:00

Área de influência: Concelho do Porto, incluindo 203 Freguesias

População abrangida:

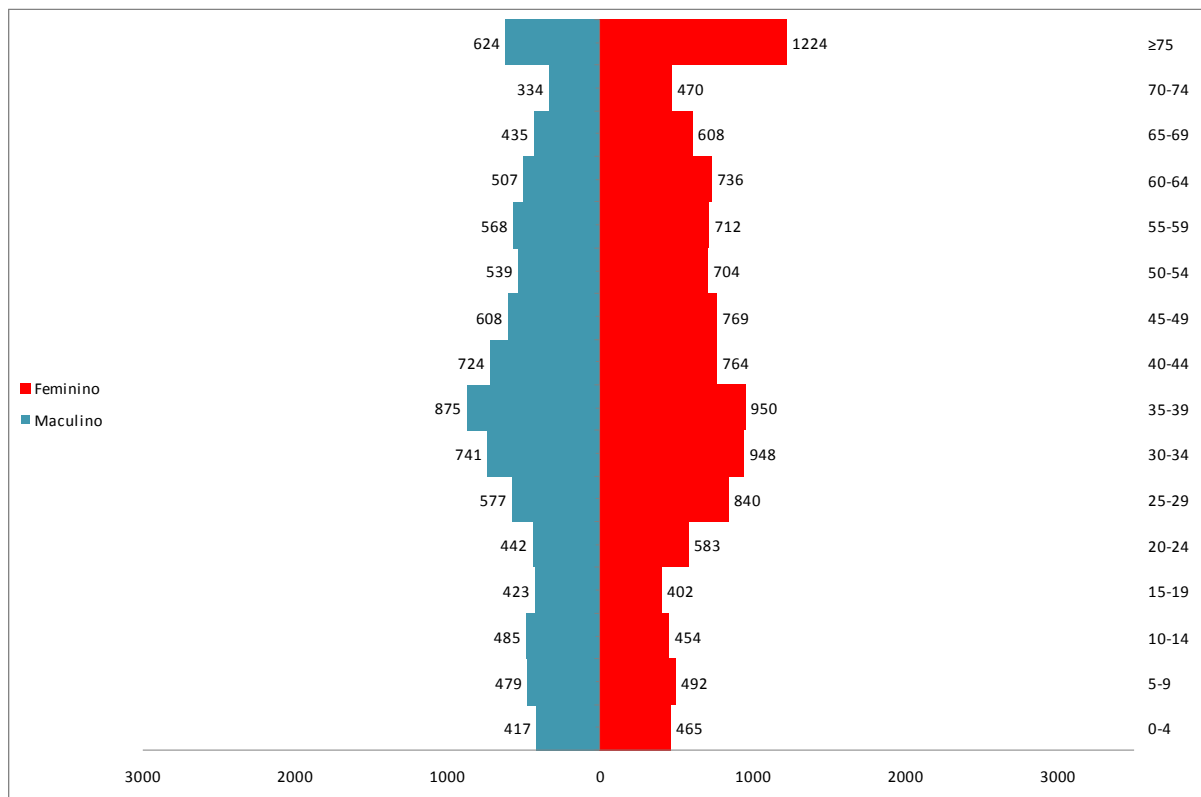


Gráfico1. População e sua distribuição etária da área de abrangência do CS São João.

Hospitais de Referência: Hospital Geral de Santo António (Centro Hospitalar do Porto, EPE)

Recursos humanos:

- 9 Médicos especialistas em MGF;
- 16 Enfermeiros (diariamente o CSSJ tem uma equipa de 3 enfermeiros entre as 08/13 e 15/20 horas, um enfermeiro entre as 13 e 15 horas e uma equipa de dois enfermeiros para domicílios entre as 08/13 e 15/20 horas);
- 2 Psicólogos (+ 3 estagiários);
- 1 Podólogo;
- 6 Administrativos;
- 2 Auxiliares de apoio e vigilância;

Consultas específicas:

Psicologia

2ª Feira 08:30 – 19:30

5ª Feira 09:30 – 19:00

Aconselhamento a Diabéticos (Enfermagem)

De 2ª a 6ª Feira 08:00 – 19:30

Podologia

4ª Feira 11:00 – 12:30

Consultas de especialidade disponíveis:

MGF

De 2ª a 6ª Feira

08:00 - 20:00

Promoção da saúde:

Vacinação (crianças e adultos)

De 2ª a 6ª Feira

08:00 - 19:30

Tratamentos/Outras actividades:

Pensos

Injectáveis

Algaliasões

Aerossóis

Remoção de pontos

Domicílios de enfermagem
Avaliação da Tensão Arterial
Avaliação de Glicemia Capilar
Domicílios Médicos

Participação em actividade formativa:

Formação pré-graduada
Medicina Preventiva do 2º ano
Medicina Comunitária do 6º ano
Alunos de enfermagem
Formação pós-graduada
Internato Complementar de MGF
Internatos Complementar de Pediatria

Estrutura física:

Cave: serviços de apoio

Salas de Arquivo e Arrumos pequenos (Material Administrativo e de Enfermagem)
Pequena Lavandaria
Bar
Back Office
Secretaria

R/c: recepção administrativa e serviços de enfermagem

Duas salas de enfermagem (Tratamentos e injectáveis)
Sala de espera para enfermagem
Principal recepção administrativa do CSSJ
WC para utentes de mobilidade reduzida
Pequena sala de esterilização

1.º Andar e 2º andar:

Sala espera
Pequena recepção administrativa
WC para funcionários
WC para utentes (Masculino e Feminino)

Sala Enfermagem

3.º Andar:

Pequena sala de espera

Gabinete do Director

Sala de Reuniões/ Biblioteca

WC para funcionários

Sistema informático:

- SINUS (registo de consultas e base de dados)
- HIGIA (gestão dos dados do doente)
- WINDC (programa de controlo de diabetes)
- ALERT (orientar para especialidade)
- SAM (sistema de apoio ao medico)

USF de Valdevez:

Horário da USF: De 2ª a 6ª Feira: 08:00 - 20:00

Área de influência: Distrito: Viana do Castelo, Concelho de Arcos de Valdevez, Freguesias:

Todas

População abrangida:

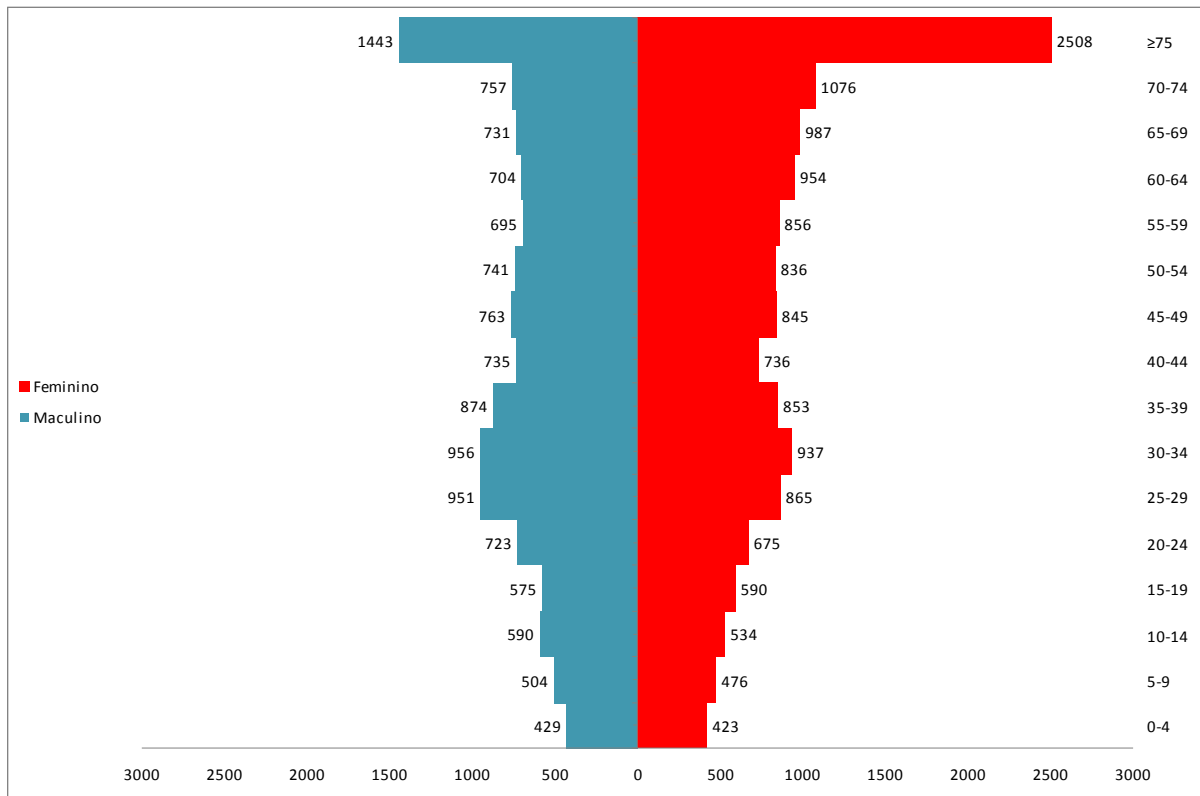


Gráfico2. População e sua distribuição etária da área de abrangência da USF de Arcos de Valdevez.

Hospital de Referência: Hospital Conde de Bertiandos (Ponte de Lima), Hospital Santa Luzia (Viana do Castelo) ou Hospital São Marcos (Braga), dependendo da especialidade.

Organização: - Unidade de Saúde de Vale do Vez (USVV)

- USF Uarcos

- Extensão de saúde de Soajo

- ES de Loureda

- Unidade de Cuidados e Saúde Personalizados (UCSP)

- U.S.A.G.

- Unidade de convalescença

Consultas:

- Saúde materna
- Planeamento Familiar
- Saúde Infantil
- Saúde adulto
- Consulta aberta
- Diabetes
- Hipertensão
- Domicílio
- Retinopatia Diabética
- Nutrição

Sistema informático:

- SINUS (registo de consultas e base de dados)
- ALERT (orientar para especialidade)
- SIMA (rastreamento do cancro do colo do útero)
- SAPE (sistema de apoio á prática de enfermagem)
- SAM (sistema de apoio ao médico)

Horário:

- Radiologia: 10h – 17h
- USF: 8h – 20h
- UCSP: 8h – 24h
- Convalescença: 24h

Unidade de convalescença:

- Internamento a curto prazo
- Cuidados continuados
- 1 Fisioterapeuta
- 12 Enfermeiros
- 1 Assistente social

USF UArcos:

- 7 Médicos
- 8 Enfermeiros
- 6 Administrativos

USFVV:

- 5 Médicos
- 5 Enfermeiros
- 4 Administrativos

UCSP:

- 6 Médicos
- 1 Delegado de saúde
- 6 Enfermeiros
- 11 Administrativos
- 2 Técnicas de saúde ambiental
- 1 Técnico de radiologia
- 1 Assistente social
- 1 Nutricionista

- 14 Auxiliares

USAG:

- Atendimento
- Secretariado
- Farmácia
- Contabilidade
- Radiologia
- Refeitório
- Lavandaria
- Esterilização

Participação em actividade formativa:

Formação pré-graduada

Medicina Comunitária do 6º ano

Formação pós-graduada

Internato Complementar de Medicina Geral e Familiar

Bibliografia:

[3] - Hespanhol A et al. Cinco Anos do Centro de Saúde S. João "Tubo de Ensaio". ISSN 0871-3413 • ©ArquiMed, 2005, p. 103-111.

TAREFAS DESENVOLVIDAS:

No meu caso, optei por antecipar o módulo rural, tendo este decorrido no período de 20/12/2010 a 31/12/2010, sob Orientação do Dr. Jorge Faro, e o módulo rural na data de 09/05/2011 a 20/05/2011, sob orientação do Dr. Frey Ramos.

Comecei os módulos assistindo a duas reuniões/seminários introdutórias aos módulos, nas quais nos foi transmitido o funcionamento da cadeira, da MGF e funcionamento geral dos CSP, tal como uma abordagem geral ao rastreio de cancros na população.

Faz parte dos objectivos, realizar três trabalhos distribuídos pelos dois módulos. São eles:

No módulo rural: registo de um dia de consulta; elaboração de uma historia clínica e um algoritmo de decisão.

Por seu lado, no módulo urbano: um panfleto de Educação para a Saúde, um registo de um dia de consultas e uma breve reflexão sobre um tema que tenha despertado a minha curiosidade.

Durante o meu estágio rural, tive a oportunidade de acompanhar por um dia a equipa de enfermagem, fazer visitas domiciliárias (o que me permitiu presenciar as más condições em que muitas pessoas vivem), acompanhar os médicos nas consultas programadas das diversas áreas, consultas abertas e mesmo de carácter mais técnico (episódio de pequena cirurgia). Para além disso, o facto de ter sido residente numa área rural também ajudou a perceber o dia-a-dia como médico nessa área e enquadrar a população no meio em que me inseri.

No módulo urbano, acompanhei de igual modo a equipe de enfermagem, o Prof. Doutor Frey Ramos e suas internas de especialidade (Dr.^a Daniela e Dr.^a Ariana) nas suas consultas, executando as diversas técnicas a que tive oportunidade.

No dia 19/05/2011, tive também a oportunidade de visitar a APPACDM, com uma visita guiada, muito elucidativa das condições físicas, pessoais e económicas da instituição. Foi com agrado que a visitei, pois tomei conhecimento das dificuldades por que passam não só os utentes mas também os cuidadores e responsáveis.

No que concerne á história clínica, para além da história propriamente dita, é incluída uma serie de outras análises, da inclusão do doente na sociedade e na família, inclusive o Ciclo de vida de Duvall, Psicofigura de Mitchell, o Círculo familiar de Thrower, APGAR familiar de Smilkstein, tabela de classificação social de Graffar, e ainda um genograma.

Durante alguns dias deste meu estágio, realizei um inquérito presencial na sala de espera acerca do acesso a cuidados de saúde privados.

CONCLUSÃO:

Penso, acima de tudo, que este estágio teve o grande benefício e vantagem de me proporcionar uma perspectiva completamente diferente da medicina hospitalar a que nós, estudantes de medicina, estamos habituados. Pois não basta receber um doente e tratar a doença, mas também é preciso contextualizá-lo na sociedade, na família e mesmo em si próprio. Esse papel é exemplificado pelo médico de MGF, e foi – me transmitido com perfeição. Agradou-me bastante presenciar a completa relação de cumplicidade entre médico e doente, imensamente benéfica para ambos os lados.

Para além disso, realizei tarefas que até então ainda não tinha realizado, nomeadamente ao nível do trabalho de enfermagem.

Foi, no entanto, com alguma desilusão que constatei um grande desinvestimento no saúde no centro rural em que estive, pois apesar de ter muito boas condições logísticas, todo o serviço, quer de urgências e outro tipo de acompanhamento, que outrora já prestou, não mais o faz.

Foi, portanto, um marco enriquecedor no meu percurso académico enquanto formando para médico.

APÊNDICE I:

REGISTO DE CONSULTAS:

USF Arcos de Valdevez:

Identificação	Motivo da consulta	Outros sintomas e Exame Físico	Retorno	Diagnostico
MC, feminino, 78A	Dor tórácica direita desde há 15 dias	Sem tosse, sem febre, sem expectoração, sem reprodução da dor á palpação, mas com reprodução da mesma ao movimento activo e passivo do braço. Auscultação pulmonar normal.	Medicada com Brufen e relaxante muscular.	Dor músculo-esquelética
JL, masculino, 68A	Ontem, desorientação, perda súbita de memória, de instalação súbita, transitório.	Começou recentemente a tomar Dronedarone, mas não consta nada nos efeitos colaterais semelhante a esta sintomatologia. Historia de FA crónica e pacemaker. Medicado habitualmente com Dronedarone, Bisoprolol, Varfine, Alprazolam, Paracetamol.	Vai fazer Tac cerebral e EcoDoppler das carótidas.	Suspeita de AIT.
AB, masculino, 66A	Gonalgia direita desde há 3 dias, constante.	Edema, rubor, calor, choque da rotula positivo. História de hiperuricemia, mas parou medicação. Medicado habitualmente com Alopurinol 100mg.	Vai fazer Colquicina em doses baixas, Voltaren e Reumon	Crise de gota
AA, masculino, 72A	Dor no calcâneo e planta do pé direito	Predomínio nocturno e de manhã. Rx demonstra esporão do calcâneo e sesamóide na face medial do hálux.	Tratado empiricamente com AINE e almofada plantar de silicone com relativa melhoria sintomática. Volta a ser reavaliado daqui a duas semanas, para avaliação de necessidade de TAC á procura de neurinoma de Morton.	Esporão do calcâneo
RG, feminino, 78A	Prurido e ardência	Queixas de predomínio nocturno. Apresenta lesões punctiformes eruptivas e lesões de coceira.	Vai fazer análises gerais e estudo pré-cirúrgico oftalmológico.	Escabiose

			Medicada com Cotramiton.	
JL, masculino, 53A	análises de acompanhamento	TGO: 70 ; TGP: 73, Triglicerídios, 1815 Colesterol: 415 y-GT: 712	Medicado regularmente com Fenofribato, Paracetamol, Tiapridal, Ácido fólico e Sinvastatina.	Hipertrigliceridemia
AP, masculino, 55A	Vem mostrar análises de rotina	Colesterol: 240 mg/dl Rx de tórax e ECO normais.	Pravastatina	Hipercolesterolemia
MG, feminino, 80A	Vem mostrar resultados de teste de sensibilidade aos antibióticos	Diagnostico de infecção urinária, mas continua sintomática com Sulfa+Trmp. Susceptibilidade à Ciprofloxacina	Volta a fazer urinálise. Ciprofloxacina	
AF, feminino, 12A	Acompanhamento de lesão desportiva	Luxação tibio-társica há 1 semana atrás.	Largar as canadianas e começar a andar.	
RS, feminino, 10A	Tosse seca	Sem febre, sem dispneia. Auscultação pulmonar normal, sem adenomegalias		Síndrome Gripal
AG, masculino, 47A	Lesão bolhosa na glândula recidivante e Calosidade na planta do pé	Sem dor. Sem aspecto de lesão herpética.	corticóide tópico e Vaselina salicilada.	

Quadro 1. Registo de consultas 21/12/2010 na UFS Arcos de Valdevez.

CS São João:

Identificação	Motivo da consulta	Outros sintomas e Exame Físico	Retorno	Diagnostico
MV, feminino, 81A	Diarreia e falta de apetite	Sem queixas GU, sem outras queixas GI. Tem colonoscopia feita (divertículos) e endoscopia (ulcera gástrica benigna) de Fevereiro. TA: 126/71 mmHg	Omeprazol 20mg/manha + 20 mmg/noite. Suspende o Fe suplementar. Faz Ultralevur e para Antibiophilus	Consequências de ulcera gástrica

TMQ, feminino, 22A	Quer mudar o contraceptivo. Metrorragias	Não tolerava Minigest, mudou para Diane 35, mas tem medo da alta dosagem.	Muda para Harmonet. Eco endovaginal.	Possível patologia ovária?
EC, feminino, 49A	Dor de dentes. Tonturas matinais.	Historia de cirurgia maxilar relativamente recente. Está no período de menstruação. Tem hemangioma hepático diagnosticado. TA: 140/90 mmHg.	Ben-U-Ron em SOS. Vai fazer ECG	Consequências de alimentação.
SM, feminino, 9 meses	Consulta programada dos 9 meses.	Ainda é amamentada, exame físico (reflexos...) ok. Parâmetros vitais e corporais ok. Senta-se, ainda não gatinha.	Colecalciferol e Ben-U-Ron em SOS.	
FG, feminino, 62A	Controlo de DM	Não trouxe registos de glicemia, refere que costuma ter entre 170-200mg/dl em jejum. Mudou recentemente para insulina. TA: 150/90 mmHg. Mostra análises de rotina: ok. Peso 75Kg, altura: 1, 57m	Ajuste da insulina (aumenta 2U de 2/2 dias até limiar inferior de 130/140mg/dl em jejum). Prescreve Metformina e anti-hipertensor.	DM insulino-dependente
MRS, feminino, 48A	Exame CCV	2 Anteriores exames normais, ultimo há 2 anos. Sem corrimento vaginal, sem odor fétido, sem outras anormalidades.		
JP, masculino, 1 mês	Consulta programada do 1º mês	Vacinas em dia. Paramentros vitais e corporais dentro dos percentis 50 e 75. Toma VitD.	Educação para a Saúde. Pevnar	
SMTF, feminino, 36A	Pedir exames de rotina.	Obesidade, peso 94 Kg (em consulta de nutrição, com perda de 8 Kg até ao momento), altura: 1, 68m. TA no antebraço: 150/100mmHg.	Educação para a saúde. Analises de rotina.	

Quadro 2. Registo de consultas 16/05/2011 no CS São João.

Resolvi elaborar o meu tema de reflexão acerca do AIT, pois na valência rural deparei-me com um caso deste foro, o qual me surpreendeu pelo facto como o doente referia o episódio, pelo que decidi então desenvolver um pouco, de forma ainda assim resumida, este tema.

ACIDENTE ISQUÉMICO TRANSITÓRIO

O acidente vascular cerebral (AVC) é uma das principais causas de morbilidade e mortalidade em todo o mundo. Um acidente isquémico transitório (AIT) é uma perturbação no funcionamento do cérebro causada por uma deficiência temporária de fornecimento de sangue ao mesmo, frequentemente designado por Mini-AVC. [4]

Causas:

Os fragmentos de gordura e de cálcio que se formam na parede arterial (denominadas placas de ateroma) podem desprender-se e introduzir-se num pequeno vaso sanguíneo do cérebro, o que pode produzir uma obstrução temporária da circulação e, em consequência, um AIT. A acumulação de plaquetas ou de coágulos pode também obstruir um vaso sanguíneo e produzir o mesmo efeito. O risco de um AIT aumenta quando a pessoa sofre de hipotensão, de aterosclerose, de qualquer cardiopatia (especialmente nos casos de anomalias nas válvulas ou na condução cardíaca), de diabetes ou de policitemia ou. Os AIT são mais frequentes à medida que se envelhece. Às vezes, manifestam-se em adultos jovens ou em crianças que sofrem de cardiopatia ou de alguma outra perturbação do sistema cardiovascular.

Sintomas:

Um AIT tem início abrupto e geralmente dura entre 2 e 30 minutos; raramente se prolonga para além de 1 ou 2 horas, e por definição desaparece completamente dentro de 24 horas. Os sintomas são variáveis em função da parte do cérebro que tenha ficado desprovida de sangue e de oxigénio. Quando são afectadas as artérias – ramos da artéria carótida, os sintomas mais frequentes são a cegueira de um olho ou uma perturbação da sensibilidade, percepção... Quando são afectadas as artérias que são ramos das artérias vertebrais

(localizadas na parte posterior da cabeça), são frequentes o enjoo, a visão dupla, entre outros. No entanto, podem manifestar-se muitos sintomas diferentes, tais como:

- Perturbações da sensibilidade num braço ou numa perna ou num lado do corpo.
- Debilidade ou paralisia num braço ou numa perna ou em todo um lado do corpo.
- Perda parcial da visão ou da audição.
- Visão dupla.
- Linguagem imperceptível.
- Dificuldade em pensar na palavra adequada ou para a exprimir.
- Incapacidade em reconhecer partes do corpo.
- Movimentos incomuns.
- Incontinência urinária.
- Desequilíbrio e queda.
- Desmaio.

Embora os sintomas sejam semelhantes aos de um AVC, são transitórios e reversíveis. No entanto, os episódios de AIT são, frequentemente, recidivantes. A pessoa pode sofrer várias crises diárias ou apenas dois ou três episódios ao longo de vários anos. Em 35 % dos casos um AIT é seguido de um AVC. Cerca de metade destes AVC's ocorrem durante o ano posterior ao AIT. Estudos demonstram que há um risco superior a 10% de Acidente Vascular Cerebral isquémico (AVCi) agudo no período de 90 dias após um AIT. [5]

Diagnóstico:

As primeiras chaves do diagnóstico para o médico são os sintomas neurológicos súbitos e transitórios que sugerem uma disfunção de uma área específica do cérebro. Às vezes é necessário efectuar provas complementares para diferenciar os AIT de outras perturbações com sintomas semelhantes, como os ataques epilépticos, os tumores, a enxaqueca ou alterações da glicemia. Dado que não se verifica uma lesão cerebral, o médico não pode basear o diagnóstico nos exames que habitualmente identificam um AVC, como uma tomografia axial computadorizada (TAC) ou uma ressonância magnética (RM). [5]

Os médicos utilizam várias técnicas para avaliar a possível obstrução de uma artéria carótida ou de ambas. O fluxo irregular de sangue cria sopros, que podem ser detectados com o estetoscópio. No entanto, pode existir sopro na ausência de uma obstrução significativa. O passo seguinte costuma ser uma ecografia e um estudo Doppler do fluxo sanguíneo, dois

exames que se efectuam simultaneamente para medir o grau da obstrução e a quantidade de sangue que pode passar através da mesma. No caso de um estreitamento grave das artérias carótidas, o médico pode solicitar uma RM das artérias ou efectuar uma angiografia cerebral para determinar o grau e a localização da obstrução. Ao contrário do que acontece com as artérias carótidas, a ecografia e os estudos Doppler são menos eficazes para avaliar as artérias vertebrais. A única forma de efectuar uma comprovação segura do compromisso de uma artéria vertebral é através da RM ou da angiografia. No entanto, encontrando – se uma obstrução, pode não ser possível eliminá-la porque a cirurgia é mais difícil nas artérias vertebrais do que nas carótidas. [4]

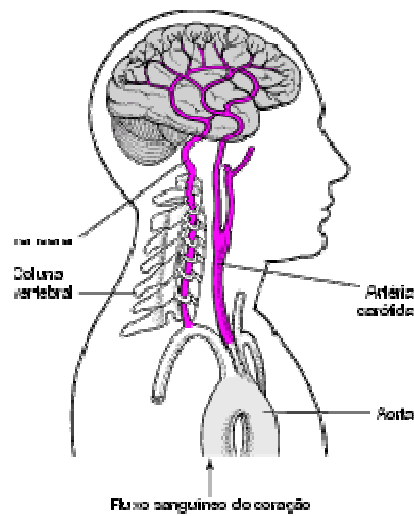


Figura 1. Esquema do fluxo sanguíneo cerebral.

Tratamento:

O tratamento dos AIT é dirigido à prevenção dos AVC's. Os principais factores de risco de um AVC são a HTA, hipercolesterolemia, o tabagismo e a diabetes, pelo que, sempre que seja possível, o primeiro passo para o prevenir é abordar ou corrigir os factores de risco. Podem administrar-se medicamentos para reduzir a tendência agregação plaquetária, uma das principais causas do AVC. Um dos fármacos preferidos pela sua eficácia é o ácido acetilsalicílico, que costuma prescrever-se em doses baixas (100 mg) uma vez ao dia. Às vezes receita-se o dipiridamol, mas na maioria das pessoas não é tão eficaz. As pessoas que não toleram a aspirina podem tomar ticlopidina ou clopidogrel. Quando se necessita de medicamentos mais fortes, o médico pode prescrever anticoagulantes como a heparina ou a varfarina.

O grau de obstrução nas artérias carótidas ajuda o médico a estabelecer o tratamento. Se um vaso sanguíneo estiver obstruído em mais de 70 % e se a pessoa tiver sintomas que sugiram um acidente vascular cerebral nos últimos 6 meses, então a cirurgia pode ser necessária para eliminar a obstrução e prevenir um possível AVC. Habitualmente as obstruções menores só se eliminam se tiverem causado um AIT ou um AVC. Durante a intervenção que é costume efectuar-se nestes casos (endarterectomia), o médico elimina os depósitos de gordura (ateromas) da artéria carótida. No entanto, esta intervenção tem um risco de 1 % a 2 % de causar um AVC. Por outro lado, nas obstruções menores que não provocaram sintomas, o risco cirúrgico parece ser maior do que aquele que se correria sem intervir. [4]

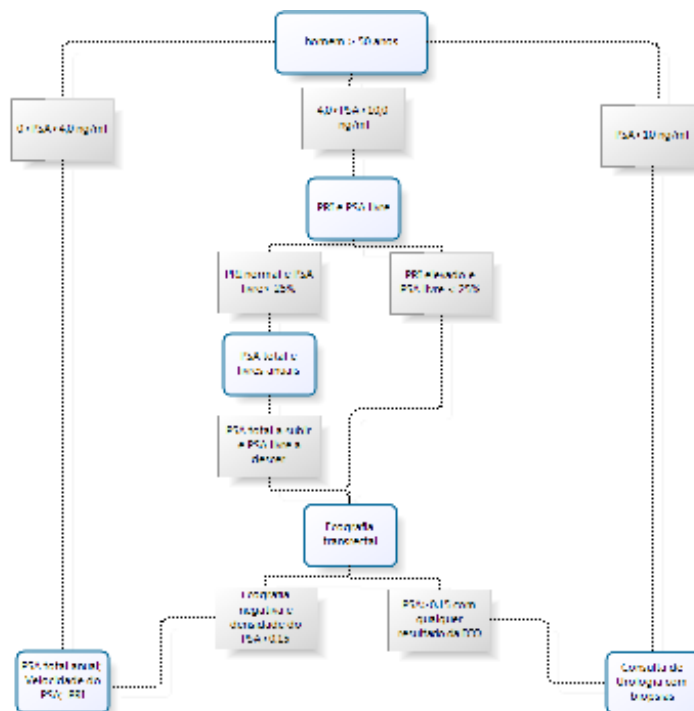
Bibliografia:

[4] - Peter A. Ringleb, Heidelberg et al. Recomendações para o Tratamento do AVC Isquémico e do Acidente Isquémico Transitório 2008. The European Stroke Organization (ESO) Executive Committee and the ESO Writing Committee.

[5] - Albert Einstein, Hospital Israelita. Directriz Assistencial, Ataque isquémico Transitório; Março 2010. (<http://medicalsuite.einstein.br/diretrizes/neurologia/AIT.pdf>)

APÊNDICE III:
FLUXOGRAMA DE DECISÃO

O cancro da próstata é um problema de saúde significativo, especialmente em homens mais velhos. Como ainda não está exactamente definido o modo de diagnóstico e tratamento desta doença, e o facto de que ainda não está provado que a introdução de um exame de rastreio populacional reduza a mortalidade sem que um número significativo de homens sejam tratados sem que haja necessidade, é muito importante então avaliar os prós e contras relativamente a cada caso e obter o consentimento informado de cada doente. [6]



[7]

Bibliografia:

[6] Burford, D. et al. Prostate Cancer Risk Management Programme information for primary care. PSA testing in asymptomatic men. NHS Cancer Screening Programmes. 2nd edition, July 2009.

(<http://www.cancerscreening.nhs.uk/prostate/prostate-booklet-text.pdf>)

[7] - Gonçalves, Rosa et al. Parte IV – Problemas clínicos, 4.11. Abordagem do paciente com problemas no aparelho genital, 363. Antígeno Específico da Próstata - dúvidas comuns; MGF 2000, Dezembro de 2000.

(http://csgois.web.interacesso.pt/MGFV001MASTER/textos/411/363_texto.html)

APÊNDICE IV:
HISTÓRIA CLÍNICA:

USF de Vale do Vez (27/12/2010)

Identificação:

Nome: J.M.B.

Sexo: Masculino

Data de Nascimento/Idade: 19 de Outubro de 1920, 90 anos

Profissão: Reformado de polícia

Naturalidade: Gondoriz

Residência: Arcos de Valedevez

Religião: Católica.

Fonte e fiabilidade da informação:

A informação é fiável e cedida pelo próprio.

Motivo da consulta:

Dor no membro superior direito.

Queixas principais:

Seguimento, verificação de estado geral, e queixa de dor no braço direito.

História da doença actual:

Doente com 90 anos, vem a consulta de rotina e queixa-se de dor no braço direito, de início recente, sensivelmente com uma semana de evolução, sem predomínio de período circadiano, sem posição de alívio. Está a ser acompanhado regularmente após o diagnóstico de mieloma múltiplo em Agosto deste ano. Teve em Junho/Julho (não sabe precisar ao certo) deste ano, dores no calcanhar direito, mais precisamente na base do hálux, de predomínio nocturno, que o acordava durante a noite e doía mais de manhã. Recebeu o diagnóstico de gota, para o qual foi medicado com corticosteróide, mas continuou ligeiramente sintomático desde então.

Antecedentes pessoais:

- Doenças da infância:

Desconhece se teve ou não as doenças típicas de infância, como o sarampo, a varicela e a papeira.

- Patologia cardíaca:

Há 14 anos foi diagnosticado com insuficiência cardíaca, pela anamnese: classe dois da NYHA, pois refere dispneia para esforços moderados. Tem FA crónica. Teve um enfarte agudo do miocárdio há sensivelmente 10 anos.

Refere edemas dos membros inferiores durante todo o dia, mas com agravamento ligeiro nocturno.

- Antecedentes Cirúrgicos/Hospitalizações prévias:

Fractura no braço direito há 18 anos.

Reparação de hérnia inguinal direita há 3 anos.

Múltiplas pequenas cirurgias dermatológicas: remoções de sinais.

Hospitalização de um dia por enfarte há relativamente 10 anos.

- Doença degenerativa da coluna:

Não refere queixas a este nível.

- Gastrintestinal:

Doente refere gastrite crónica. Refere intolerância a muitos alimentos, com sintomas predominantes de azia e pirose. Nega outros sintomas do aparelho gastrintestinal, como disfagia, perda de peso, sangramento, embora refira por vezes diarreia episódica.

- Nega DM, HTA, hipercolesterolemia e osteoporose.

Hábitos e estilos de vida:

- Alimentares:

Evita alimentos que associa a sintomas gastrintestinais, nomeadamente fritos.

Não consome bebidas alcoólicas.

- Nunca fumou.

- Sem história de consumo de drogas ilícitas.

Medicações actuais:

Tansulosina 0,4 mg

Bisoprolol 5 mg
Perindopril 5 mg
Diazepam 10 mg
Furosemida 40 mg
Varfarina 5 mg
Extrato de serenoa repens 160 mg

Alergias:

Desconhece alergias.

Vacinação:

Tem o Plano Nacional de Vacinas actualizado.

História profissional:

Tem o 4º ano de escolaridade. Começou a trabalhar com 12 anos de idade nos campos do pai. Trabalhou depois como ajudante de carpinteiro. Depois da tropa, onde esteve 2 anos, trabalhou como marceneiro durante 7 anos. Foi polícia até aos 52 anos, idade com que se reformou. Ainda trabalhou mais 2 anos como marceneiro. Está reformado desde há 38 anos.

História social:

Actualmente vive com a esposa (não é reformada, sempre foi domestica, embora tenha trabalhado 4 anos numa sapataria), casados há 65 anos.

Considera que agora tem poucos amigos.

Costumava ir diariamente ao centro social jogar às cartas, mas desde há 3 meses que não vai devido a conflitos com outro paciente. Considera que isso o reteve mais em casa.

Antecedentes familiares:

- Pai falecido aos 68 anos por causa que não sabe referir, mas refere que esteve acamado dois anos, mas não sabe a causa em concreto.
- Mãe faleceu com 92 anos, “de velhice”.
- Irmão faleceu aos 72 anos com carcinoma do pulmão.
- Irmão faleceu aos 78 anos com cirrose.
- Irmã faleceu aos 81 anos, causa desconhecida.
- Filha faleceu aos 56 anos com carcinoma “vulvar”.

- Filha, 54 anos, cardiopatia valvar, com recente carcinoma mamário.
- Filho, 63 anos, com cálculos vesiculares, gastrite.

Exame físico:

Estado geral:

Homem de 90 anos (idade aparente coincidente à idade real), caucasiano, com bom estado geral e nutricional. Doente consciente, orientado no tempo e espaço. Pele e mucosas coradas e hidratadas.

Sinais vitais:

Temperatura auricular: 36,1 °C

Pulso: 65 batimentos/minuto

Pressão arterial: 120/60 mmHg

Peso: 71 Kg

Altura: 1,70 m

IMC: 24.5 (peso ideal)

Pele e faneras:

Pele seca, anictérica e sem cianose.

Mucosas coradas, hidratadas e anictéricas.

Ligeiro edema nos membros inferiores simétrico, sensivelmente até 5 a 10 cm acima do tornozelo.

Cabeça e pescoço:

Sem alterações.

Algumas cicatrizes na face e couro cabeludo (uma muito recente) de excisão de sinais.

Tiróide não palpável e indolor.

Acuidade visual preservada, bilateralmente.

Cavidade oral e garganta:

Lábios não cianosados, sem feridas visíveis.

Mucosa gengival sem lesões, sem hemorragia, sem hipertrofia.

Orofaringe sem sinais de inflamação.

Sistema respiratório e cardiovascular:

Auscultação cardíaca e pulmonar normal.

Sistema vascular periférico:

Membros inferiores com temperatura normal, com edema (como referido acima) e sem dor à palpação, com alguma rarefeição pilosa, pele fina e lúzida, mas com pulsos palpáveis.

Sem veias varicosas exuberantes visíveis.

Abdómen:

Inspeção: Cicatriz de remoção de hérnia umbilical 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.

Auscultação: ruídos intestinais hidroaéreos presentes em todos os quadrantes, de intensidade e frequência normal.

Biopatografia:

Durante a colheita da história a doente foi sempre bastante colaborante. Manteve um diálogo fluente, coerente e orientado. De salientar que referia com aparente bastante precisão as datas e nota-se um gosto especial em relatar histórias do seu passado.

Nasceu em Gondoriz, em 1920, filho de pai agricultor e mãe “responsável por abrir e fechar as cancelas do caminho-de-ferro”. Foi o mais novo de 4 filhos. Sempre ajudou nas tarefas de casa e no campo.

Fez a 4ª classe. Aos 12 anos dedicou-se mais a sério à agricultura. Viviam numa casa pequena, com poucas condições, “mas nunca passou fome”.

Com 17 anos, foi para o Porto, onde trabalhou como ajudante de carpinteiro, e mal ganhava para “o pão”. Foi para a tropa com 20 anos até aos 23. Quando regressou casou-se com a mulher, que já conhecia desde pequeno, aos 25 anos. Trabalhou como marceneiro durante 7 anos, mas depois consegui entrar na polícia, onde trabalhou até à reforma, aos 52.

Sempre teve uma ótima relação com a esposa, a quem dá muito valor pela vida que levou, sempre sem trabalhar e a cuidar dos filhos, da casa e dos netos.

Gosta de referir que nunca teve vícios e do dinheiro que sempre poupou na vida.

Sempre lutou pelo sucesso dos filhos, os quais julga serem bem sucedidos (reformado de bancário, ex-contabilista, professora primária).

Refere ter sido saudável até por volta dos 50 anos, altura em que teve bastantes problemas psiquiátricos, com ideologias suicidas, para os quais não sabe referir causas, que motivaram a sua reforma precoce. Os problemas cardíacos não afectaram muito a sua qualidade de vida (sic).

Ultimamente sente que tem perdido um bocado de qualidade de vida, também porque já não sai tanto de casa como dantes gostava, e tem receio da doença recentemente diagnosticada, refere apenas que “não quero sofrer”.

Caracterização da Família:

Actualmente o agregado familiar é constituído pelo doente e pela sua esposa (84anos) que estão casados há 65 anos; foi um casamento feliz, cada um cumprindo com a sua parte na melhor maneira que sabiam. Sempre viveram em casa alugada e com relativamente boas condições. Os rendimentos são unicamente provenientes da sua reforma, que refere, “ser boa”, embora a esposa tivesse direito porque trabalhou e descontou por 3 anos, sensivelmente. Os três filhos casaram e saíram de casa. O mais velho está neste momento reformado, a segunda filha trabalhava numa empresa de contabilidade, mas faleceu de cancro com 56 anos. A terceira filha é professora primária. Tem 7 netos saudáveis. Tem já 2 bisnetos.

Avaliação – Lista de problema:

Queixa principal:

- Dores ósseas no braço direito e pé direito (ligeiras)

Queixas secundarias:

- Edema nos membros inferiores

- Gastrite crónica.

- Morte da filha (há cinco anos, mas ainda causa muita tristeza)

Hipóteses de diagnóstico:

- Lesão osteolítica do mieloma

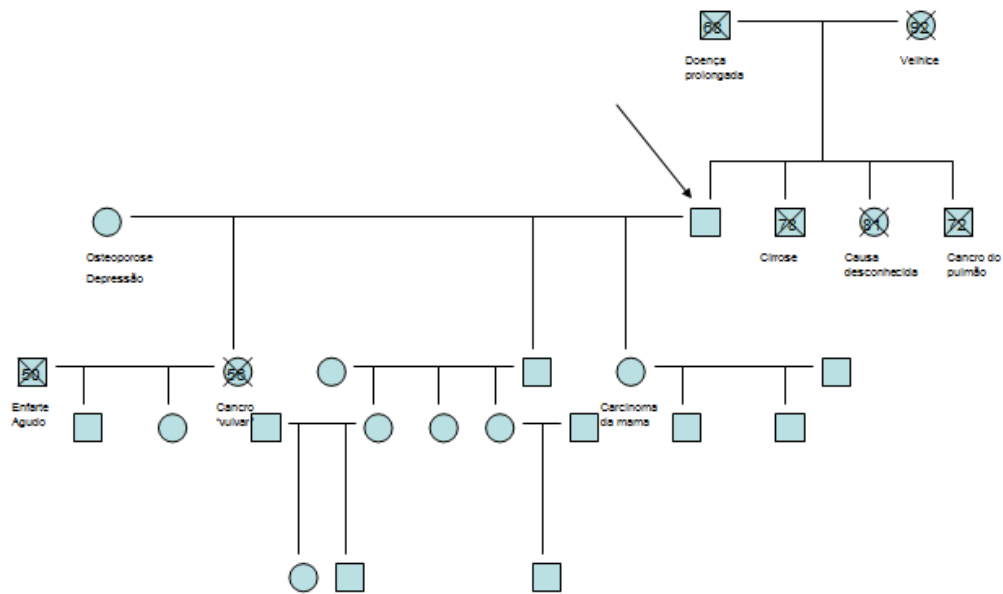
- Dor muscular

- Dor articular

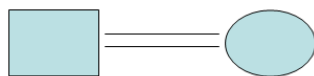
Plano – Atitudes a tomar:

- Pedir Rx;
- Pedir análises de rotina (hemograma, estudo da coagulação, função hepática, função renal, urina tipo II, electroforese de proteínas);
- Densitometria óssea;

GENOGRAMA:

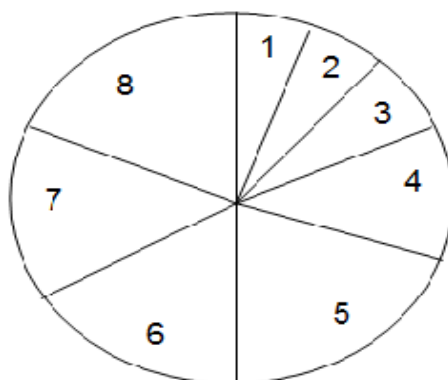


PSICOFIGURA DE MITCHEL:



- Legenda:
- ☐ ~~~~~ ○ relação conflituosa
 - ☐ - - - - ○ relação pobre
 - ☐ ——— ○ relação escassa
 - ☐ = = = ○ relação boa
 - ☐ = = = = ○ relação excelente

CIRCULO DE VIDA DE DURVALL:



- 1ª - Começo da família (casados sem filhos).
 2ª - Famílias com bebés (o filho mais velho até trinta meses).
 3ª - Famílias com filhos pré-escolares (filho mais velho entre trinta meses e seis anos).
 4ª - Famílias com filhos escolares (filho mais velho entre seis e treze anos).
 5ª - Famílias com adolescentes (filho mais velho entre treze e vinte anos).
 6ª - Famílias com "plataformas de colocação" (desde que se tem o primeiro filho até o último).
 7ª - Famílias maduras (desde o "princípio" até a aposentadoria real).
 8ª - Famílias mais velhas (desde a aposentadoria real até o falecimento dos cônjuges).

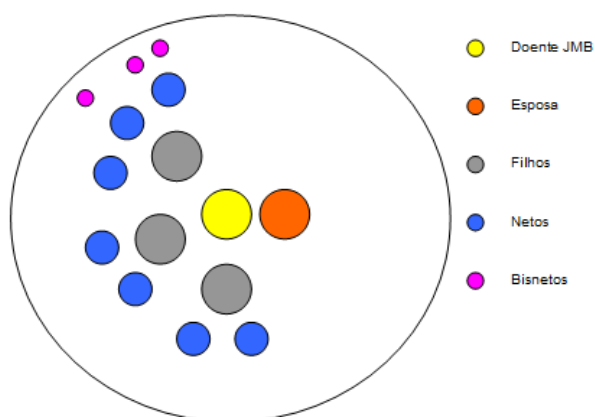
O paciente encontra-se na fase VIII de Durvall

APGAR FAMILIAR DE SMILKSTEIN:

APGAR	QUASE SEMPRE (2 pontos)	ALGUMAS VEZES (1 ponto)	QUASE NUNCA (0 pontos)	O QUE AVALIA
Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família sempre que alguma coisa me preocupa		X		Adaptação
Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema		X		Convivência
Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida		X		Crescimento
Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos tais como irritação, pesar e amor	X			Afecto
Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família		X		Dedicação

- Pontuação: O paciente assinala uma das três escolhas, as quais têm a seguinte pontuação: 2 pontos para "Quase sempre", 1 ponto para "Às vezes", e 0 para "Raramente". Os pontos para cada uma das cinco questões são totalizados. O resultado de 7 a 10 sugere uma família altamente funcional. O resultado de 4 a 6 sugere uma família moderadamente disfuncional. O resultado de 0 a 3 sugere uma família severamente disfuncional.

CIRCULO FAMILIAR DE THROWER:



O Círculo Familiar de Thrower é um método de abordagem familiar que permite ao doente consciencializar, visualizando, alguns dos seus sentimentos e emoções relacionados com o seu estar na família.

CLASSIFICAÇÃO DE GRAFFAR:

Classificação de Graffar é uma classificação social e baseia-se num conjunto de cinco critérios pontuados – profissão, nível de instrução, fontes de rendimento familiar, conforto do alojamento e aspecto do bairro onde habita.

A soma total dos pontos obtidos na classificação dos cinco critérios dá-nos uma pontuação final que corresponde à classe social, conforme a classificação que se segue:

Classe I: Famílias cuja soma de pontos vai de 5 a 9.

Classe II: Famílias cuja soma de pontos vai de 10 a 13.

Classe III: Famílias cuja soma de pontos vai de 14 a 17.

Classe IV: Famílias cuja soma de pontos vai de 18 a 21.

Classe V: Famílias cuja soma de pontos vai de 22 a 25.

Especificando ao doente:

Profissão: Grau 4

Nível de instrução: Grau 4

Fonte de rendimento familiar: Grau 3

Conforto do alojamento: Grau 4

Aspecto do bairro onde habita: Grau 3

Conclusão: 18 pontos (classe IV) – Classe Media baixa

SEGUROS PRIVADOS DE SAÚDE:**INTRODUÇÃO:**

Cada vez mais a saúde é uma preocupação das pessoas, não olhando a despesas, mas procurando acima de tudo qualidade. Nalguns casos, de forma “gratuita” (casos dos designados serviços nacionais de saúde) com financiamento indirecto via impostos e muitas vezes complementado e suplementado por despesas individuais e seguros privados. Noutros casos, via os seguros sociais funcionando numa base de contribuição directa por parte do cidadão e também eventualmente complementado por despesas individuais e seguros privados. [8]

O actual sistema de saúde português, como um grande espaço de convergência e agregação de esforços, é composto por três segmentos claramente individualizados e articulados entre si:

- O SNS (abrangendo todas as instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde dependentes do Ministério da Saúde);
- Entidades publicas que desenvolvem actividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde;
- Todas as entidades privadas e entidades livres que acordem com o SNS a prestação de cuidados de saúde. [9]

Os seguros voluntários de saúde têm assumido, essencialmente, um papel de complementaridade face ao seguro público, oferecendo serviços também disponíveis no SNS, com vantagens em termos de rapidez no acesso e de liberdade de escolha. Hoje, cerca de 2 milhões de pessoas em Portugal têm um seguro de saúde privado. [10]

O principal subsistema público de saúde é a Assistência na Doença aos Servidores civis do Estado (ADSE), que cobre os funcionários públicos. No sector privado os principais subsistemas são os da Portugal Telecom, dos CTT e dos SAMS, tendo sido extintos em 2008 na sua relação de “opting out” com o SNS. [11]

MATERIAL E MÉTODOS:

Este estudo foi descritivo, transversal e observacional, que decorreu no CSSJ no período de 09/05/2010 a 20/05/2010 e na USF Vale do Vez no período de 20/12/2010 a 31/12/2010, no qual foi aplicado um questionário muito simples, anónimo, não validado, preenchido por mim, entrevistador, aquando da inquirição directa de uma amostragem por conveniência de uma população de utentes, na sala de espera, na USF Arcos de Valdevez e CS São João.

Esse mesmo questionário exponho-o em seguida:

Possui seguro de saúde privado?

Sim _____

Não _____

A qual serviço de saúde recorre mais frequentemente?

Privado:

Público:

Porque? _____

Tem fácil acesso aos hospitais privados:

Sim:

Não:

Quantas vezes/ano recorre aos serviços de saúde privados:

0-3:

4-7:

8 ou +:

Quantas vezes/ano recorre aos serviços de saúde públicos:

0-3:

4-7:

8 ou +:

Qual o principal problema com o sistema de saúde privado:

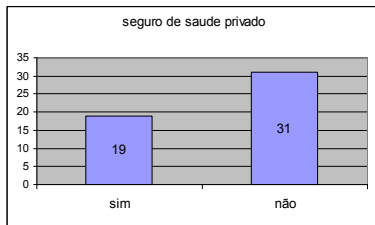
Qual o principal problema com o sistema de saúde público:

Todos os entrevistados foram informados previamente acerca do que iam responder, e concederam o seu consentimento. Tanto adultos quanto crianças foram quantificados. No total, foram entrevistadas 50 pessoas no USFAV e 48 na USFSJ. Os dados foram tratados recorrendo ao Microsoft Office Excell 2003.

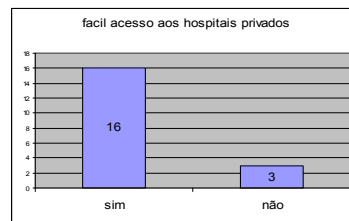
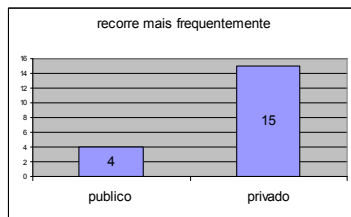
RESULTADOS:

RURAL:

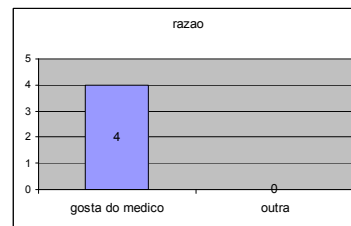
Possui seguro de saúde privado:



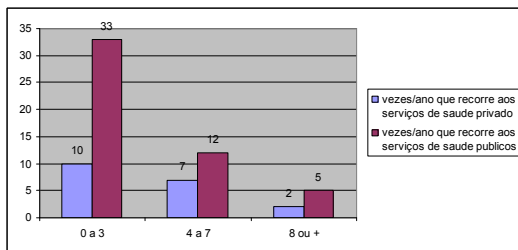
Se sim:



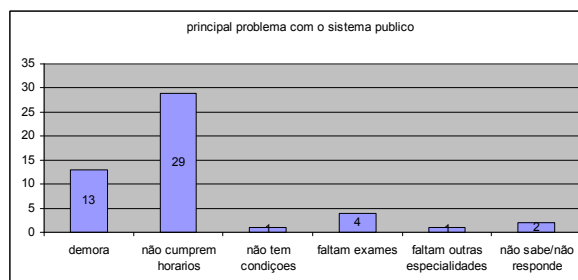
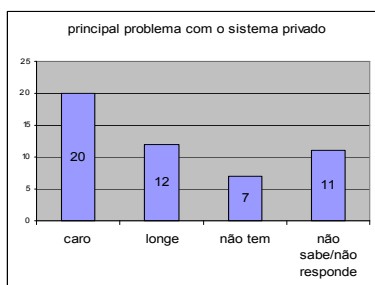
Se publico:



Vezes/ano que recorre aos serviços de saúde:

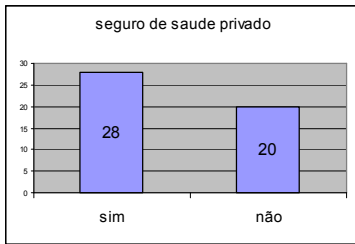


Principais problemas com os sistemas de saúde:

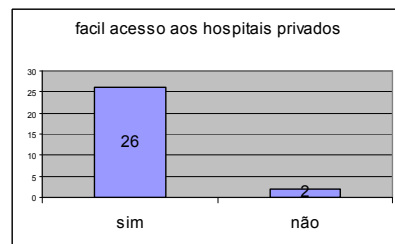
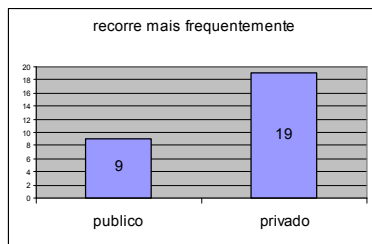


URBANO:

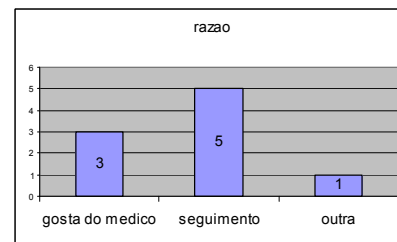
Possui seguro de saúde privado:



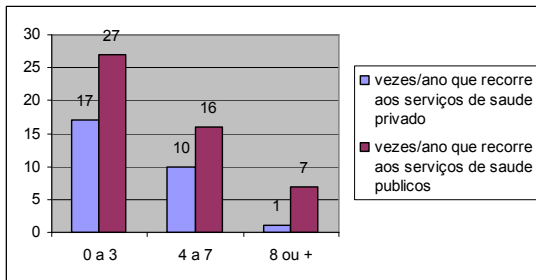
Se sim:



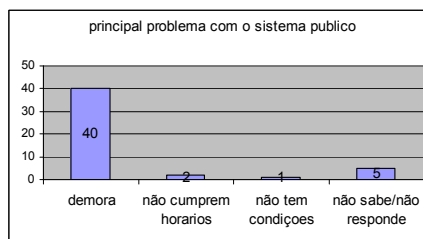
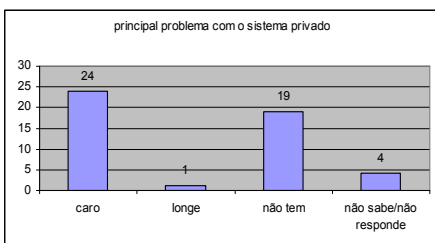
Se publico:



Vezes/ano que recorre aos serviços de saúde:



Principais problemas com os serviços de saúde:



DISCUSSÃO:

O estudo realizado encontra-se limitado, na amplitude dos seus resultados, pelo pequeno número de utentes entrevistados, pelo uso de um questionário não validado. Acima de tudo e começando pelo início, quer no rural, quer no urbano, verificou-se ligeiramente uma maior proporção de pessoas com seguro de saúde privado 38% e 58%, respectivamente, comparando com os valores de 40% da população geral, segundo algumas fontes, até mesmo 48% segundo outras [12]. Isto pode ser explicado, especialmente o valor obtido em meio rural, pelo elevado número de emigrantes e pessoas de meia-idade (maior possibilidade de possuírem seguro privado de saúde no seu país), devido a esta parte do meu estágio ter ocorrido em altura de Natal e Ano Novo. Por isso mesmo, este valor sobrevalorizará a real estatística.

Quanto á população inquirida em meio rural, possuindo seguro de saúde privado, as pessoas recorrem mais frequentemente ao sistema de saúde privado (79%), embora algumas ainda usem mais o público. A razão para estas pessoas que, apesar de terem seguro de saúde privado recorrem mais vezes ao sistema de saúde público (11%), é a de “gostarem do médico”. Na generalidade, o acesso a essas mesmas instalações privadas é relativamente fácil para essas pessoas, apenas 16% sendo da opinião contrária.

Quanto ás vezes que as pessoas recorrem aos serviços de saúde, esperadamente, a maioria das pessoas vai 0-3 vezes, e dentro destas, maioritariamente aos serviços de saúde públicos (76%), 24% aos serviços privados, proporção algo distante dos 40% referidos por algumas entidades quanto á percentagem de serviços de saúde prestados pelos sistemas privado e publico [12], o que não surpreende quando me refiro a uma estatística rural comparando a uma geral do país.

Quando inquiridos acerca dos principais problemas relacionados com os sistemas de saúde, enquanto a maioria queixava-se do facto do sistema de saúde privado ser caro (40%) e longe (24%), quanto ao sistema publico, as principais queixas foram o facto do não cumprimento de horários (58%) e a demora (26%).

Quanto á população inquirida em meio urbano, possuindo seguro de saúde privada, as pessoas recorrem mais frequentemente ao sistema de saúde privado (68%), embora algumas ainda usem mais o publica. A razão para estas pessoas que, apesar de terem seguro de saúde privado recorrem mais vezes ao sistema de saúde público (32%), é a o facto de estarem a ser seguidas neste sistema (56%). Na generalidade, o acesso a essas mesmas instalações privadas é relativamente fácil para essas pessoas, apenas 7,7% sendo da opinião contrária.

Quanto ás vezes que as pessoas recorrem aos serviços de saúde, esperadamente, a maioria das pessoas vai 0-3 vezes, e dentro destas, maioritariamente aos serviços de saúde públicos (61%), 39% aos serviços privados, proporção que já se aproxima dos referidos 40%.

Quando inquiridos acerca dos principais problemas relacionados com os sistemas de saúde, enquanto a maioria queixava-se do facto do sistema de saúde privado ser caro (50%) e não o possuir (efeito confundidor com o facto de ser caro?) (39%), quanto ao sistema público, as principais queixas foram a demora (83%).

CONCLUSÕES:

Penso, que, no fundo, dois factores influenciaram um pouco a estatística, no que concerne sobretudo ao meio rural. Primeiro, o facto de este estágio ter ocorrido durante o período natalício, uma percentagem impressionante de utentes da USF era emigrante, o que pode ter sobrevalorizado um pouco a estatística, sobretudo a referente ao possuir ou não seguro privado de saúde. Esta e outras estatísticas, como por exemplo a facilidade de acessos a serviços de saúde privados, podem também ter sido influenciada pelo grau de desenvolvimento muito aceitável do meio em que me inseri, Arcos de Valedevez. Por outro lado, a sua relativa proximidade com Braga, Viana do Castelo e Ponte de Lima, faz com que se tenha que ter em consideração estes factores aquando da análise estatística.

Mas, claramente, esta estatística vai de encontro com a evolução natural desde os últimos anos, a que cada vez mais pessoas possuem um seguro de saúde privado e que cada vez mais grande parte da assistência de saúde prestada é feita pelo sistema privado.

Aqui ficam também algumas das principais queixas relativas a cada sistema de saúde e poder reflectir sobre elas e melhora-las para promover uma melhor assistência na saúde aos utentes.

Bibliografia:

[8] - APS, Associação Portuguesa de Seguradoras. Os seguros de saúde privados no contexto do sistema de saúde português; Novembro de 2009. (<http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2010/08/aps-r.pdf>)

[9] Baganha, M; Ribeiro, J; Pires S. O sector da saúde em Portugal: Funcionamento do sistema e caracterização sócio – profissional.

(<http://www.ces.uc.pt/publicacoes/oficina/182/182.pdf>)

[10] <http://www.portaldasaude.pt/portal/servicos/prestadoresV2/?providerid=2647>

[11] Ferreira, J. Concorrência Público-Privado no Sistema de Saúde Português: Uma análise exploratória. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Engenharia Biomédica. Instituto superior técnico de Lisboa. Outubro 2009
(<https://dspace.ist.utl.pt/bitstream/2295/578435/1/Dissertacao.pdf>)

[12] Ramos, A; Silva, C. Evolução do seguro de saúde em Portugal.
(<http://www.isp.pt/winlib/cgi/winlibimg.exe?key=&doc=18235&img=2837>)