

Articulação de cuidados pelo médico de Medicina Geral e Familiar: promovendo a melhoria da qualidade de vida em doente terminal¹

Care articulation by the Family Physician: improvement in the quality of life in terminal patient

Articulación de cuidados por el médico de Medicina General y Familiar: promoviendo la mejoría de calidad de la vida en el enfermo terminal.

Luis Filipe Cavadas²

Palavras-chave:
Atenção Primária à Saúde
Prestação Integrada de Cuidados de Saúde
Continuidade da Assistência ao Paciente

Resumo

Introdução: De acordo com a definição do papel do especialista de Medicina Geral e Familiar (EMGF), apresentada na declaração da Wonca Europeia de 2002, uma das suas características é a capacidade de coordenação de cuidados e gestão da interface com outras especialidades. Contudo, existem graves problemas de articulação entre os níveis assistenciais, de que é exemplo a descontinuidade dos cuidados quando os doentes são hospitalizados. Com o objetivo de dar a conhecer e analisar um caso particular de articulação entre os cuidados de saúde primários (CSP) e hospitalares e o quão importante é o sucesso de uma boa articulação, relatou-se um caso clínico. **Desenvolvimento:** Doente do sexo masculino, de 50 anos de idade, raça caucasiana, inserido em uma família nuclear na fase VI do Ciclo de Duvall. Aos 49 anos de idade é diagnosticado, pela sua Médica de Família (MF), um adenocarcinoma gástrico. Referenciado com urgência à consulta de Cirurgia Geral, é internado e operado, sofrendo longos internamentos por diversas intercorrências cirúrgicas. É confirmado um adenocarcinoma gástrico pouco diferenciado e infiltrativo no estágio T3 N1 Mx, com mau prognóstico. Desde então existiu grave desarticulação de cuidados e lacunas de informação entre os cuidados hospitalares e os CSP. Assistiu-se a uma má prestação de cuidados ao doente, com agravamento do seu estado geral. Por insistência da MF a articulação passou a ser efetiva, havendo melhoria da qualidade dos cuidados prestados e do estado geral do doente. **Conclusão:** Uma boa articulação de cuidados contribuiu para uma melhor qualidade de vida e satisfação do doente, com repercussões positivas para a sua família, para os profissionais de saúde envolvidos e para o Serviço Nacional de Saúde. A realização plena das competências nucleares do EMGF só será possível quando houver um conhecimento e reconhecimento do papel desse especialista por todos os outros profissionais de saúde.

Keywords:
Primary Health Care
Delivery of Health Care, Integrated
Continuity of Patient Care

Abstract

Introduction: According to the definition of the role of the Family Physician (FP) presented in the statement of the European Wonca 2002, one of her/his features is the ability of coordination of care, and management of the interface with other specialties. However, there are serious problems of coordination between the levels of assistance, as showed by the discontinuity of care when patients are hospitalized. With the aim of raising awareness and analyze a particular case of interface between the Primary Health Care (PHC) and Hospital, and how important is the success of a good collaboration, this case is reported. **Description of case:** Male, 50 years old, caucasian race, inserted into a nuclear family in the stage VI Duvall's cycle. A gastric adenocarcinoma by his FP was diagnosed at 49 years old. The patient was referenced to urgent consultation of general surgery. With various surgical complications he had a long internment. A poorly

A denominação da especialidade varia de acordo com o país; no Brasil, recebe o nome de Medicina de Família e Comunidade. Em Portugal, país de origem do autor deste trabalho, tal especialidade é chamada de Medicina Geral e Familiar. Foram mantidos na linguagem original outros termos e expressões contidos neste texto.

² Interno de Medicina Geral e Familiar da Unidade de Saúde Familiar Lagoa da Unidade Local de Saúde de Matosinhos – Portugal – E-mail: luisfilipemcavadas@gmail.com

Endereço para correspondência: Luis Filipe Cavadas – Unidade de Saúde Familiar Lagoa – Centro de Saúde da Senhora da Hora – Rua da Lagoa s/ nº – 4460 Senhora da Hora – Portugal – Tel.: (00351) 967241978 – E-mail: luisfilipemcavadas@gmail.com

Artigo submetido em 10/06/2010 e aceito em 26/11/2010.

differentiated and infiltrating gastric carcinoma at the stage T3 N1 Mx, with poor prognosis, was confirmed. There was serious lack of interface and gaps in information between the hospital and the PHC. There was a bad care of the patient, with worsening of his condition. At the insistence of the FP, the articulation becomes effective and there was improved in quality of care and of the general condition of the patient. **Conclusion:** A proper interface and coordination of care contributed to better quality of life and satisfaction of patients, with positive repercussions for their families, to health professionals involved and to the National Health Service. The completion of the FP core competencies will only be possible when his/her proper function will be recognized and known by all the other health professionals.

Palabra Clave:
Atención Primaria de Salud
Prestación Integrada de Atención de Salud
Continuidad de la Atención al Paciente

Resumen

Introducción: De acuerdo a la definición del papel de los Especialistas de Medicina General y de Familia (EMGF), presentada en la declaración de WONCA Europea de 2002, una de sus características es la capacidad de coordinación de cuidados y gestión de la interface con otras especialidades. Sin embargo, hay graves problemas de articulación entre los niveles asistenciales, de que es ejemplo la discontinuidad de los cuidados cuando los enfermos son hospitalizados. Con el objetivo de dar a conocer y analizar un caso particular de articulación entre los cuidados de la Salud Primarios (CSP) y hospitaleros y lo cuanto importante es el suceso de una buena articulación, se relata un caso clínico. **Desarrollo:** Enfermo del sexo masculino, de 50 años de edad, caucásico, inserido en una familia nuclearen la fase VI del ciclo de Duvall. A los 49 años de edad de edad es diagnosticado, por su médica de familia (MF), un adenocarcinoma gástrico. Referenciado con urgencia a la consulta de Cirugía General, es internado y operado, sufriendo largos internamientos por diversas interurrencias quirúrgicas. Es confirmado un adenocarcinoma gástrico poco diferenciado y infiltrado en estado T3 N1Mx, con mal pronóstico. Desde entonces hubo grave desarticulación de cuidados y lagunas de información entre los cuidados hospitaleros y los CSP. Se percibió una mala prestación de cuidados al paciente, con agravamiento de su estado general, por insistencia de la MF y la articulación pasó a ser efectiva, ocurriendo mejoría de la calidad de los cuidados prestados y del estado general del enfermo. **Conclusión:** Una buena articulación de cuidados contribuyó para una mejor calidad de vida y satisfacción del enfermo, con repercusiones positivas para a su familia, para los profesionales de salud envueltos y para el Servicio Nacional de Salud. La realización de las competencias nucleares del EMGF sólo será posible cuando hay un conocimiento y reconocimiento del papel de este especialista por todos los otros profesionales de la salud.

Introdução

A Medicina Geral e Familiar (MGF) é uma especialidade clínica orientada para os Cuidados de Saúde Primários (CSP), denominação portuguesa para Atenção Primária à Saúde (APS). Uma das suas características é a capacidade de utilizar, de forma eficiente, os recursos de saúde, por meio da coordenação de cuidados, do trabalho com outros profissionais no contexto dos CSP e da gestão da interface com outras especialidades, assumindo, sempre que necessário, um papel de advocacia do doente¹.

A melhoria da articulação entre os níveis assistenciais é uma prioridade, especialmente para os cuidados de saúde em que intervêm múltiplos profissionais e serviços².

É consensual que uma boa articulação de cuidados contribui para uma melhor saúde e satisfação do doente, tendo, também, repercussões positivas em seus familiares, nos profissionais de saúde envolvidos e no próprio Serviço Nacional de Saúde (SNS)¹⁻⁵.

Estudos realizados evidenciam graves problemas de articulação entre os níveis assistenciais, que se manifestam fundamentalmente com a ineficiência da gestão de recursos, diminuição da qualidade da atenção prestada e da descontinuidade assistencial quando os doentes são hospitalizados².

Com o objetivo de dar a conhecer e analisar um caso particular de articulação entre os CSP e os cuidados de saúde hospitalares e o quanto importante é o sucesso de uma boa articulação entre todos os profissionais de saúde, é relatado este caso clínico.

Apresenta-se, assim, um caso que aborda o percurso de um doente com adenocarcinoma gástrico pouco diferenciado e infiltrativo, no estágio T3 N1 Mx, com mau prognóstico, e que sofreu várias intercorrências negativas. Assistiu-se a uma grave desarticulação e lacunas de informação entre o médico hospitalar e a Médica de Família (MF), que culminaram no agravamento clínico do doente. Uma melhoria na comunicação entre esses dois níveis de cuidados repercutiu-se na qualidade dos cuidados prestados com mais-valias para o doente e sua família.

Desenvolvimento

Identificação e antecedentes

Trata-se de um doente do sexo masculino, Antonio (nome fictício) de 50 anos de idade, raça caucasiana, casado. Completou o ensino primário e, até novembro de 2007*, exerceu a profissão de cantoneiro e trabalhador da construção civil.

* Para um completo anonimato as datas apresentadas ao longo do relato de caso não correspondem às reais. Contudo os períodos temporais foram respeitados.

Tem história de hábitos tabágicos pesados (cerca de 60 cigarros por dia durante 20 anos, 60 unidades maçoano) e consumo de álcool (que o doente não especificou). A realçar na sua história clínica antecedentes pessoais de enfisema pulmonar e dislipidemia controlada com dieta e exercício físico.

Mora com a sua mulher e os dois filhos mais novos (Genograma, Figura 1).

É uma família nuclear na fase VI do Ciclo de Vida Familiar de Duvall⁶ e de Classe Social Média Baixa na Escala de Graffar Adaptada⁷.

Antonio é um doente que não procura com frequência os serviços de saúde.

História da doença atual

Em setembro de 2007, aos 49 anos de idade, Antonio recorre à consulta de MGF por apresentar um quadro de astenia intensa, cansaço fácil, anorexia, perda de peso, pas-

sando de 68kg a 61kg em um mês (7kg, 10% do peso habitual), náuseas e vômitos matinais e “sensação de fome” (*sic*), cerca de uma hora após a ingestão de alimentos, com um mês de evolução. Sem outras queixas, nomeadamente pirose, disfagia, dor abdominal, alterações do trânsito intestinal ou das características das fezes, sem hemorragia ativa visível, icterícia ou febre. Ao exame objetivo apresentava-se com aspecto emagrecido, pele e mucosas coradas e hidratadas, apirético, normotenso. O abdome apresentava-se sem alterações à inspeção, doloroso no epigastro à palpação profunda, sem organomegalias, adenomegalias ou massas palpáveis. Perante esse quadro clínico colocou-se a hipótese diagnóstica de neoplasia gástrica ou úlcera péptica. Foram assim pedidos os exames complementares de diagnóstico: endoscopia digestiva alta (EDA) e estudo analítico [hemograma, glicemia, creatinina, TGO (transaminase glutâmico oxalacética) e TGP (transaminase glutâmico pirúvica), Gama GT (Gama glutamil transpeptidase), bilirrubina directa e indirecta, fosfatase alcalina, velocidade de sedimentação].

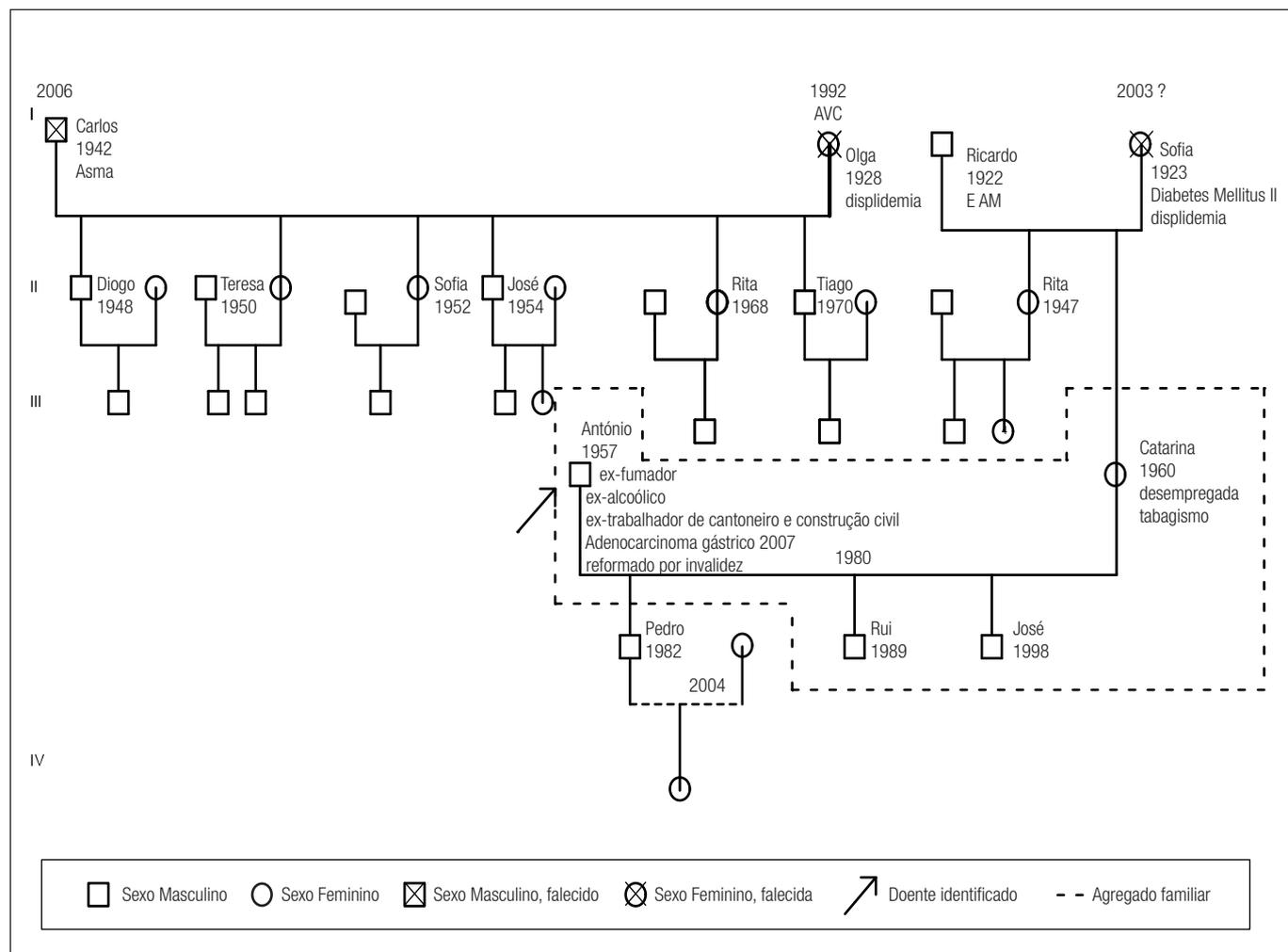


Figura 1: Genograma da família de António (realizado a 08/08/2008).

Após ter faltado a uma consulta marcada e ter adiado a realização da EDA, Antonio regressou dois meses depois com as mesmas queixas apresentadas na primeira consulta e mais magro, pesava agora 58kg. Antonio estava muito preocupado, principalmente com a falta de força e com o emagrecimento tão acentuado. Para essa consulta trouxe consigo o resultado dos exames solicitados: os exames laboratoriais não apresentaram alterações relevantes, a EDA apresentou o seguinte relatório: “neoformação gástrica exofítica, envolvendo a pequena curvatura, face anterior e posterior com limite no terço distal do corpo, estendendo-se para a incisura angularis e antro pré-pilórico”, tendo a biopsia, efetuada naquele momento, mostrado um “adenocarcinoma invasor de padrão predominantemente difuso”. Com o diagnóstico de adenocarcinoma gástrico foi referenciado, com caráter de urgência, à consulta de Cirurgia Geral do hospital de referência para estadiamento e orientação terapêutica.

Foi internado e foram realizadas gastrectomia total radical e colecistectomia. No pós-operatório teve várias complicações cirúrgicas que o debilitaram ainda mais: uma deiscência da anastomose esófago-jejunal, com necessidade de nova cirurgia uma semana depois para realização de uma jejunostomia alimentar; fuga do coto esofágico que obrigou a duas intervenções para sua rafia, drenagem abdominal e esofagostomia derivativa cervical; infecção de ferida operatória; e aparecimento de uma fístula esófago-cutânea. Durante esse período de dois meses de intervenções cirúrgicas, Antonio foi alimentado, inicialmente, por via parentérica, passando, posteriormente, a alimentação a ser efetuada pela jejunostomia.

No decorrer do internamento, foi confirmado histologicamente o diagnóstico de adenocarcinoma gástrico pouco diferenciado e infiltrativo.

Ficou decidido em consulta de grupo de Oncologia, a realização de quimioterapia adjuvante após resolução completa das complicações cirúrgicas.

Cumprindo um longo internamento hospitalar e já num avançado estado de desnutrição, Antonio pediu alta, por considerar que no hospital não conseguia fazer uma correta alimentação e que só em casa poderia ganhar peso. Referiu, dito mais tarde pelo doente à sua MF, sentir-se saturado do internamento, das intervenções, considerando não ter o necessário apoio na enfermagem (para alimentação, descanso e mobilização). Assim, foi-lhe concedida alta, dois meses depois da admissão hospitalar. O cirurgião responsável negociou com ele uma ligação semanal à consulta de cirurgia hospitalar, considerando que apenas com o apoio domiciliário de enfermagem do seu Centro de Saúde (CS) seria possível gerir a situação. No entanto, não foi enviada qualquer nota de alta e não foi estabelecido

qualquer contacto com a MF, clarificando o contexto e os motivos dessa alta precoce.

À data da alta o doente apresentava necessidade de suporte nutricional personalizado pela jejunostomia e de cuidados de penso diários às feridas operatórias infectadas (drenagem abdominal da esofagostomia derivativa cervical e da fístula esófago-cutânea com três orifícios de saída) que foram orientados apenas para os cuidados de enfermagem ao nível do CS.

Só posteriormente, o enfermeiro da Equipe de Saúde da Família informou e solicitou a ajuda da MF. A MF foi assim confrontada com uma situação clínica muito grave de mau estado geral de um doente, que pesava agora 42kg.

Nesse momento, estava patente uma grave desarticulação de cuidados, e lacunas de informação, nomeadamente em relação à informação do que se passara no internamento, do motivo da alta precoce e de indicações para um correto seguimento médico.

Aparentemente, o doente encontrava-se em estado terminal. Catarina, nome fictício, sua mulher e cuidadora principal fornecia as informações sobre o estado de saúde do marido à MF quando recorria ao CS.

Contudo, para uma boa articulação de cuidados não bastavam as informações dadas pela mulher do doente. Era fundamental para a MF conhecer o que se tinha passado no internamento e qual o melhor seguimento a dar ao seu doente.

Catarina era uma cuidadora atenta, colaborante, dedicada e competente que soube assumir de forma eficiente o desempenho de muitos procedimentos de enfermagem. Era perceptível que Antonio estava inserido em uma família altamente funcional. Essa funcionalidade familiar foi comprovada nos instrumentos de avaliação familiar, por meio do APGAR Familiar de Smilkstein realizado individualmente a Antonio e à sua mulher, em que se obtiveram dez pontos respectivamente e na Psicofigura de Mitchell, realizada ao Antonio (Figura 2), revelando uma família com potencialidades para lidar com essa crise.

Com o objetivo de obter uma comunicação efetiva com os cuidados de saúde hospitalares, a MF contactou telefonicamente o cirurgião responsável questionando-o acerca da história clínica e dos procedimentos efetuados e a efetuar, da razão da alta precoce do doente. Esse contato teve ainda o intuito de sensibilização para uma comunicação assídua e empenhada entre todos os intervenientes responsáveis pelo tratamento do doente.

A partir dessa altura, assistiu-se a uma comunicação efectiva entre os diferentes níveis de cuidados. Essa melhoria de comunicação culminou com um maior empenho da

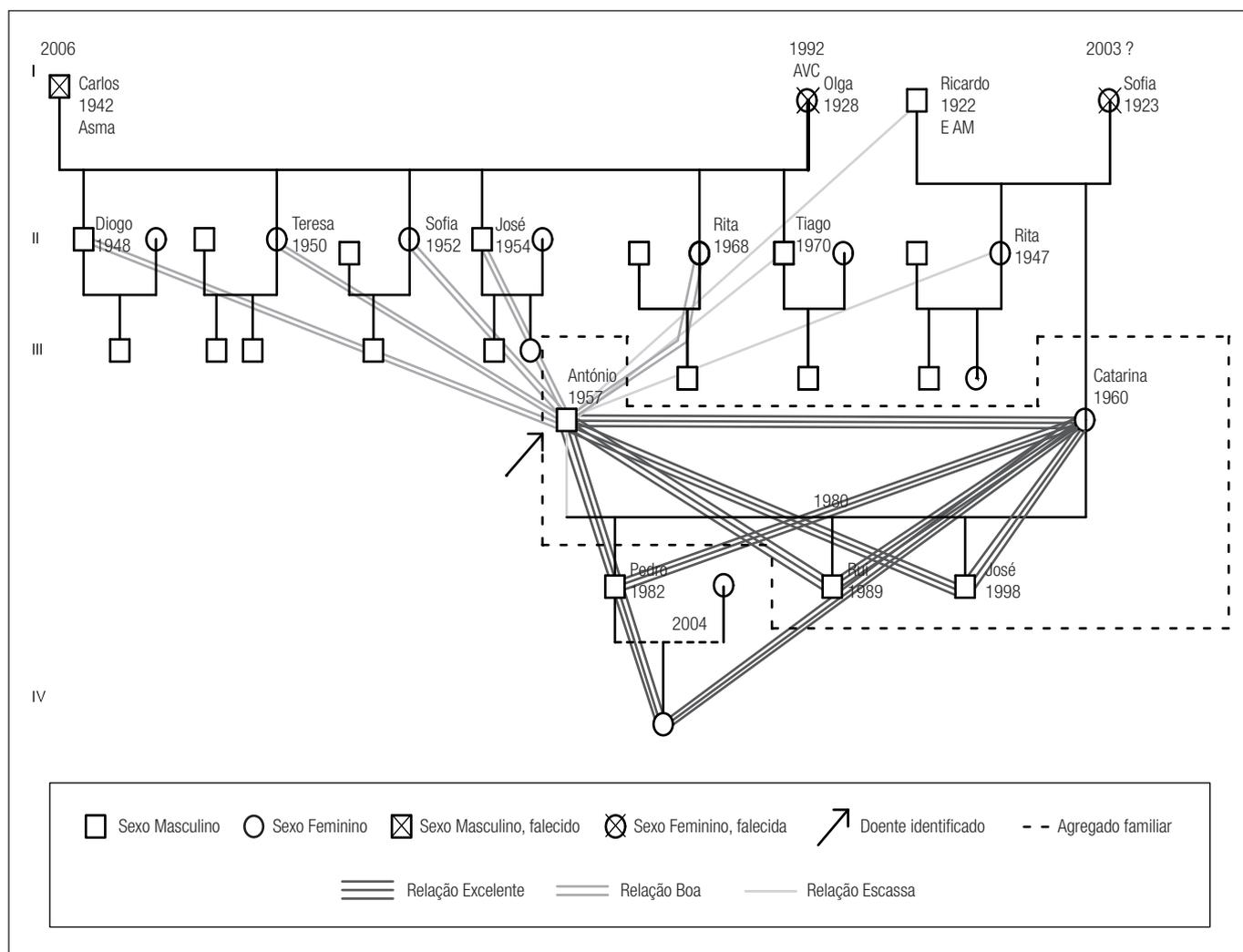


Figura 2: Psicofigura de Mitchell realizada a António (08/08/2008).

equipe hospitalar, refletindo-se em uma melhoria dos cuidados prestados ao doente com a marcação de consultas de cirurgia mais assíduas, essenciais para o seu seguimento, bem como numa melhor informação de retorno para a MF.

A partir desse momento, apesar do estado de caquexia e do mau prognóstico, o doente sentia que tinha um efetivo apoio multidisciplinar, trazendo sempre a informação clínica das consultas de cirurgia para a sua MF. Essa informação era fundamental para o correto seguimento por parte dos CSP.

Sempre que possível, Antonio insistia, contudo, em recorrer ao CS para a realização dos curativos diários, apesar de haver indicação (devido ao seu mau estado geral) de estes poderem ser realizados no domicílio pela enfermeira do CS. Nessas idas ao CS, Antonio apresentava-se consciente, orientado, colaborante, não estava triste, nem desanimado e referia “vontade de lutar contra a sua doença” (*sic*).

Cerca de três meses após a alta hospitalar, o doente solicitou à MF uma visita domiciliária. Antonio queixava-se

de toracalgia em todo o hemitorax direito, com início sob a forma de dor intensa no dia anterior e que no dia da observação era uma dor persistente, sem fatores de alívio ou de agravamento. Queixava-se também de ortopnéia, sem outras queixas nomeadamente, tosse, hemoptise, cianose ou febre. Ao exame objectivo verificou-se: prolapso da jejunostomia e hipomobilidade do hemitórax direito com a respiração à inspecção; timpanismo à precursão do hemitorax direito; e diminuição do murmúrio vesicular no hemitorax direito à auscultação. Antonio, durante o exame ia perguntando se era grave, e se tinha que voltar para o hospital. O seu desejo era permanecer em casa, mas depois de devidamente explicada a possível gravidade da situação, aceitou a inevitável deslocação. Foi contactado o serviço de urgência e transferido o doente.

Na urgência, realizou uma tomografia axial computadorizada, que revelou pneumotorax extenso à direita, com colapso de praticamente todo o pulmão. Foi-lhe colocado um dreno torácico e verificado empiema.

Ao segundo dia de permanência na urgência, foi visitado pelo médico interno** de MGE. Foi feito o contacto presencial com o colega de Cirurgia Geral, sendo dado a conhecer ao interno o mau prognóstico do doente.

Foram feitas mais visitas hospitalares por parte do interno, as quais permitiam dar um apoio efetivo ao doente e a realização de reuniões informais com os cirurgiões responsáveis pelo caso. Nessas reuniões foi discutido o evoluir da situação clínica, o estado físico e psíquico de Antonio e foram trocadas experiências profissionais. Em uma delas, foi discutida a marcação de cirurgia eletiva, com a realização de esofagostomia cervical, laparotomia exploradora, viscerólise e revisão de ileostomia, concretizada uma semana após a admissão na urgência. Estas visitas faziam sentir ao doente um apoio efetivo de todos os profissionais envolvidos, funcionando como um continuar das visitas domiciliárias, onde era muito valorizado o conforto emocional dado pelo MF. As visitas permitiram uma maior consciencialização, por parte dos profissionais hospitalares, da necessidade de uma articulação com os CSP, sendo, também, partilhados aspectos fundamentais, como os da dinâmica familiar, pouco conhecidos e, por vezes, pouco valorizados na realidade hospitalar. Essa partilha de conhecimentos e de entajuda, revelou rapidamente os seus frutos. Antonio, a recuperar desta quinta cirurgia no espaço de cinco meses, com sucessivas complicações infecciosas abdominais e torácicas, estava agora mais confiante e motivado a lutar contra a sua doença. Verificava-se que a alimentação já não era um problema e que na enfermaria hospitalar era respeitada a vontade do doente só querer comer pequenas quantidades de cada vez. Essa articulação permitiu também uma maior consciencialização dos colegas hospitalares no que diz respeito a prestar todas as informações clínicas ao MF nomeadamente

diagnóstico, evolução e orientação terapêutica fundamentais para o bem-estar do doente. Foi fundamental a concretização de uma decisão partilhada de recuperação ponderal no domicílio, para posterior reconstrução do trânsito esofágico. Agora já era Antonio quem pedia para continuar internado, se assim fosse melhor para ele, mas teve alta cerca de dois meses após a admissão na urgência.

Continuou a ser feita a visita domiciliária regular, pela médica e enfermeira do CS, bem como o apoio incondicional e eficiente da sua cuidadora, também ela agora mais informada e esclarecida sobre a doença e a forma de melhor ajudar o seu marido. Antonio aumentou de peso, permitindo assim a marcação de operação eletiva para reconstrução intestinal realizada dois meses após a alta hospitalar, que decorreu sem intercorrências.

Desde agosto de 2008 a maio de 2009, o doente esteve em casa, com recuperação ponderal, com o apoio incondicional da sua cuidadora e com o sentimento de maior apoio pelo SNS. Esse apoio continuou a ser objetivado pela comunicação ente o cirurgião e o MF, bem como com a equipe de enfermagem, envolvendo sempre a vontade do doente e a partilha responsável dos seus cuidados com a sua cuidadora. O doente durante este período foi a pé ao CS e às consultas hospitalares, ganhou peso (chegando aos 52kg), e sorridente mantinha a “vontade de lutar contra a doença” (*sic*).

Em maio de 2009 teve nova intercorrência com um internamento durante 11 dias por abscesso da parede torácica e pneumonia necrosada com lâmina de empiema em continuidade com abscesso cutâneo. Teve alta com a resolução do abscesso da parede torácica, sem dreno, mas com indicação para manter os cuidados de penso e de manter a antibiotico-terapia instituída no internamento.

Quadro 1: Plano de actuação proposto para o doente

Vigilância dos problemas de saúde	Plano de actuação proposto para o doente	
	Cuidados preventivos	Intervenção familiar
Adenocarcinoma gástrico invasivo com múltiplas intervenções cirúrgicas	Os preconizados para a sua idade e expectativa de vida.	Continuar a explorar as representações e impacto emocional que esta doença tem tido nos restantes elementos da família.
Seguimento em consulta de grupo, aguarda resolução completa das complicações cirúrgicas para iniciar o tratamento de quimioterapia.	Continuar a explorar e estar atento às repercussões e impacto emocional que esta doença está a ter no doente.	Continuar a prestar todo o apoio, esclarecimentos e cuidados de saúde à cuidadora principal.
Seguimento em consulta de Cirurgia.		Prevenção da exaustão da cuidadora e promoção da saúde mental em cada elemento da família
Seguimento pela MF.		Promoção do equilíbrio familiar
Pneumonia necrosada e lâmina de empiema		
Completar ciclo de antibiotico-terapia instituída no internamento.		
Abscesso da parede torácica		
Cuidados de penso pela Enfermeira de Família.		
Vigilância do estado nutricional		

** A equivalência no Brasil é médico residente

Entre o cirurgião e MF estabeleceu-se um plano de atuação a curto/médio prazo para este doente (Quadro 1).

Atualmente, Antonio recupera favoravelmente da última intercorrência, aumentando de peso e com autonomia, aguardando resolução completa das complicações cirúrgicas para iniciar o tratamento de quimioterapia.

Encontra-se otimista e motivado e já desempenha trabalhos como pintor de paredes, tendo ajudado a pintar a casa de seu filho.

Conclusão

Apresentou-se um caso clínico, que demonstra o impacto que teve uma má e uma boa articulação de cuidados, sobretudo para a saúde do doente e sua família, bem como para os profissionais de saúde envolvidos e para o SNS.

O MF no seu dia a dia tem que interagir com muitas equipes de cuidados, com diferentes especializações. Verificou-se, por meio de um modelo matemático, que o máximo número de linhas de comunicação estabelecidas com essas equipes não é linear, como descreve a equação $(n^2 - n) / 2$, onde n é o número de membros de membros da equipe³. Neste caso em particular, em que temos Antonio (o doente), Catarina (sua cuidadora), o MF, o Cirurgião Geral e a Enfermeira de Família, $n = 5$, são possíveis 10 linhas de comunicação. É, assim, compreensível, a importância fulcral do especialista de MGF na articulação e coordenação dessa comunicação. Essa articulação deve ser centrada num elemento coordenador, o MF, para não se dissipar a informação importante e para haver uma coerência na prestação dos serviços de saúde.

Na literatura é consensual que o envolvimento próximo do MF com os médicos de outras especialidades conduza a uma melhor prestação de cuidados de saúde, com melhores resultados centrados no doente e na melhor utilização dos serviços²⁻⁴. Os cuidados de saúde são assim mais eficientes e de melhor qualidade quando o MF coordena a assistência de diferentes especialistas⁸.

A coordenação dos cuidados com as restantes especialidades é uma característica importante para uns CSP bem sucedidos⁹.

A colaboração com os especialistas hospitalares é também importante para a formação do MF⁸.

As visitas hospitalares efetuadas pelo Médico Interno podem ser efetuadas por um MF em exercício, contudo esse último, devido às exigências laborais com sobrecarga horária, não tem muitas vezes a disponibilidade para tal. No entanto, há diversos MF que as fazem siste-

maticamente e as consideram um ato médico necessário a uma correcta prática da MGF, por manter a continuidade de cuidados. Não foi encontrado nenhum estudo que referisse o número de visitas e de encontros a se fazer ao médico de outra especialidade para uma correta articulação, assim sendo, essas visitas devem ser ponderadas caso a caso.

Neste caso clínico assistiu-se inicialmente a várias intercorrências negativas e a uma grave desarticulação de cuidados com lacunas de informação dos cuidados hospitalares para com os CSP. Essa situação causou dano efetivo ao doente. Posteriormente, e por insistência da MF, assistiu-se ao desenvolvimento de uma comunicação efetiva entre os diversos níveis de cuidados, que colocaram empenho real neste caso clínico. A equipe de saúde hospitalar, a equipe do CS, o doente e a sua família ficaram em sintonia e com o interesse comum do bem-estar do doente. Com essa articulação efetiva houve uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados, do estado geral do doente e das situações intercorrentes. É de realçar que para essa eficiente articulação foi também importante o especialista de Cirurgia Geral conhecer, pessoalmente, o MF, o que permitiu uma comunicação mais efetiva, com o estabelecimento de reuniões periódicas¹⁰. Esses aspectos revelaram-se de grande importância para a aprendizagem contínua dos profissionais envolvidos e para um melhor enquadramento e envolvimento familiar nas decisões clínicas. Tudo isso foi propício a um evoluir favorável da situação clínica, revelando-se um sucesso terapêutico, no sentido em que a melhoria da qualidade de vida do doente foi, de fato, obtida.

Este caso veio assim corroborar com a literatura, no que diz respeito à importância fulcral de uma articulação e ordenação efetiva.

Para o funcionamento de toda essa equipe, é importante ter a noção que os papéis de todos os participantes no planeamento e prestação de cuidados devem estar claramente definidos.

A realização plena das competências nucleares do EMGF, em especial a gestão da articulação com os outros níveis de cuidados, só será possível quando as condições estruturais o permitirem, bem como quando houver um conhecimento e reconhecimento dessas competências e do papel desse especialista por todos os outros profissionais de saúde.

Agradecimentos

À Doutora Raquel Braga, minha Orientadora de Formação, pelo esclarecimento e revisão de alguns dados referentes a este caso clínico.

Referências

1. World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (Wonca) [Internet]. Definição Europeia de Medicina Geral e Familiar, WONCA EUROPA 2002 [acedido em 2008 Dez 1]. Disponível em: <http://www.apmcg.pt/files/54/documentos/2007060115471793311.pdf>
2. Núñez RT, Lorenzo IV, Vázquez Navarrete ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanit.* 2006; 20(6): 485-95.
3. Stille CJ, Jerant A, Bell D, Meltzer D, Elmore JG. coordinating care across diseases, settings, and clinicians: a key role for the generalist in practice. *Ann Intern Med.* 2005; 142: 700-08.
4. Mitchell GK, Tieman JJ, Shelby-James TM. Multidisciplinary care planning and teamwork in primary care. *Med J Aust.* 2008; 188(8 Suppl): S61-4.
5. Powell Davies G, Williams AM, Larsen K, Perkins D, Roland M, Harris MF. Coordinating primary health care: an analysis of the outcomes of a systematic review. *Med J Aust.* 2008; 188 (8 Suppl): S65-8.
6. Caeiro R. Registos Clínicos em Medicina Familiar. Instituto de Clínica Geral da Zona Sul. Ministério da Saúde: Direção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários; 1999.
7. Graffar, M. Une méthode de classification sociale d'échantillons de population. *Courier.* 1956. v. 6. p. 455.
8. Gérvas J y Seminario de Innovación en Atención Primaria 2006. La polivalencia clínica médica y el contexto social y organizativo. *Rev Adm Sanit.* 2008; 6(2): 357-66.
9. Arvantes J [internet]. Q&A With Primary Care Aficionado: Barbara Starfield, M.D. Focuses on Primary Care and Health Care Reform. *aafp news now*; 2009 [acedido em 2009 Set 3]. Disponível em: <http://www.aafp.org/online/en/home/publications/news/news-now/professional-issues/20090902starfield-q-a.html>
10. Magrinyà AP. Como organizar las relaciones externas del equipo de Atención Primaria? In: *Semfyc ediciones. Guía de Actuación en Atención Primaria.* 3ª. Edición. Barcelona; 2006. p.1214-15.