



ESCOLA SUPERIOR DE
TECNOLOGIA DA SAÚDE
DE LISBOA



O Técnico(a) de Radiologia nos cuidados de saúde primários

Maria Margarida Ribeiro

Área Científica de Radiologia – Prof^ª. Adjunta
ESTeSL

Sumário

- Enquadramento dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal
- Portugal e outros países – Literatura Revista
- Fala quem sabe
- Reflexão e recomendações sobre o ensino dos TR em CSP

Estrutura dos níveis de cuidados



Cuidados de Saúde
Primários

REFORMAR



Cuidados de Saúde
Hospitalares

TRANSFORMAR



Cuidados Continuados
Integrados

MODERNIZAR

<https://www.sns.gov.pt/sns/reforma-do-sns/>

Integração de níveis de cuidados



SIGA SNS

Centros de Saúde

Os centros de saúde, criados pelo **Decreto-Lei n.o 413/71, de 27 de Setembro.**

➤ Os centros de saúde têm como objectivo primordial a melhoria do nível de saúde da população da área geográfica por eles abrangida.

2 — São, em especial, objectivos dos centros de saúde a promoção e a vigilância da saúde, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da doença, através do planeamento e da prestação de cuidados, bem como do desenvolvimento de actividades específicas dirigidas, globalmente, ao indivíduo, à família, a grupos especialmente vulneráveis e à comunidade.

Reforma dos Cuidados de Saúde Primários

- A finalidade desta reforma dos CSP de 2005, era obter uma melhoria com foco especial na acessibilidade, na organização, na pontualidade, na facilidade e no conforto na utilização dos serviços, não esquecendo a qualidade dos cuidados de saúde e tentando a satisfação quer de profissionais quer de utilizadores.
- Por resolução do Conselho de Ministros
- Criada a Missão para os CSP

Reforma dos Cuidados de Saúde Primários

➔ Criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (AceS).

Para dar consistência e sustentabilidade às mudanças apostou-se na governação clínica

➔ Criação de outras unidades funcionais dentro das USF

Reforma dos Cuidados de Saúde Primários

➔ ACES Princípios

- (i) constituição de Unidades de Saúde Familiar (USF);
- (ii) associação de Centros de Saúde em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS);
- (iii) criação de outras unidades funcionais nos AceS
- (iv) introdução de um novo modelo de gestão;
- (v) instituição da governação clínica;
- (vi) reorganização dos serviços de suporte;
- (vii) informatização completa dos serviços e desmaterialização da maior parte dos suportes para a prática.

Reforma dos Cuidados de Saúde Primários

➤ USF princípios

- (i) orientação para a comunidade;
- (ii) flexibilidade organizativa e de gestão;
- (iii) desburocratização;
- (iv) trabalho em equipe;
- (v) autonomia e responsabilização;
- (vi) melhoria contínua da qualidade;
- (vii) contratualização e avaliação.

Reforma dos Cuidados de Saúde Primários

- As USF (Modelos A, B e C) surgiram com o envolvimento dos profissionais de saúde através de processos de candidatura voluntária para a criação de equipas auto-organizadas na prestação de cuidados de saúde, dotadas de autonomia de gestão técnico-assistencial e funcional.

Referência

National Health Service (NHS) britânico, nomeadamente no que se refere ao NHS Community Care Act² e a sua evolução para Clinical Commissioning Groups³
Quality and Outcomes Framework (QOF)
Observatório Europeu dos Sistemas de Saúde

Reforma dos Cuidados de Saúde Primários

USF

- **UCSP** (unidades de cuidados de saúde personalizados),
- **USP** (unidades de saúde pública), - observatório de saúde da área geodemográfica do ACeS em que se integra,
- **URAP** (unidades de recursos assistenciais partilhados)
- **UCC** (unidades de cuidados na comunidade), prestam cuidados de saúde, apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário

Reforma dos Cuidados de Saúde Primários

<https://app.box.com/s/ada3thx84hy1csetc4jczzvwoekjdg4x>

O Momento Atual da Reforma dos CSP em Portugal – 2014/2015

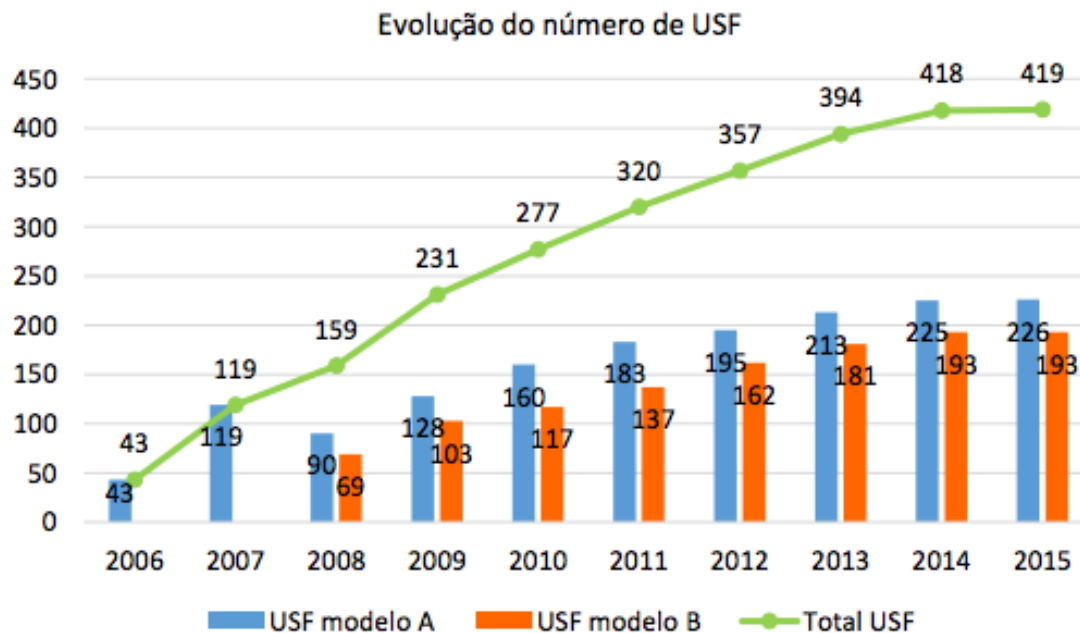


Gráfico 1 – Evolução do número de USF (modelo A e modelo B) entre 2006 e 2015 (dados de 2 de Abril de 2015)

Reforma dos Cuidados de Saúde Primários

Atualmente

- 419 USF;
- 7 777 profissionais (2812 médicos);
- 2783 enfermeiros
- 2182 secretários clínicos
- 4 925 184 utentes do Serviço Nacional de Saúde (cerca de metade da população)

Cuidados de Saúde Primários em Portugal



O Momento Atual da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal 2014/2015

Maio 2017

Questionário aos coordenadores de
USF

Relatório do estudo

https://www.researchgate.net/publication/316991079_O_Momento_Atual_da_Reforma_dos_Cuidados_de_Saude_Primarios_em_Portugal_20162017_The_current_moment_of_Primary_Health_Care_Reform_in_Portugal_20162017

Organograma Geral

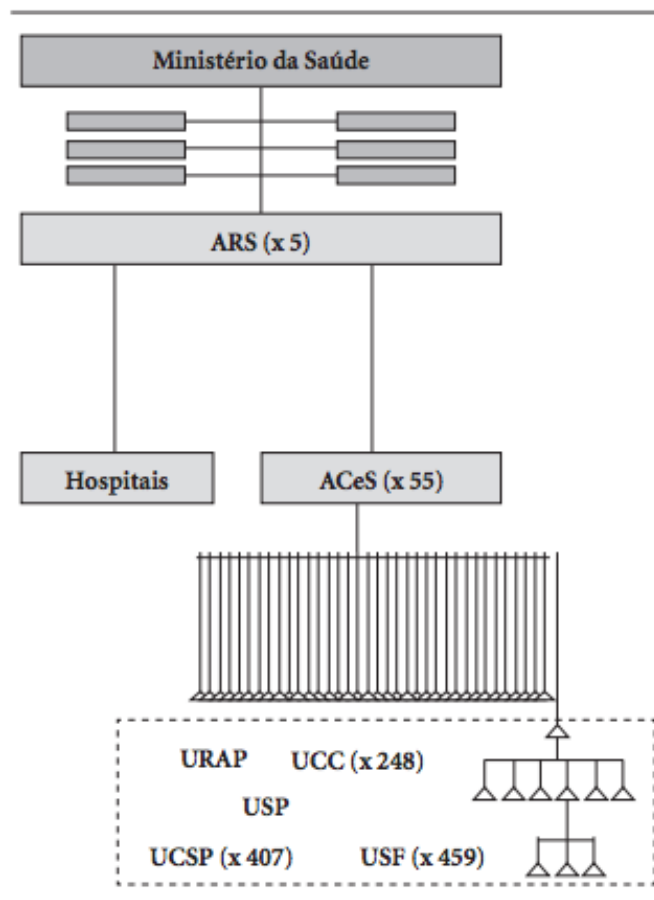


Figura 1. Organograma do Serviço Nacional de Saúde focado nos Cuidados de Saúde Primários.

À descoberta dum fenómeno

- LER
- PESQUISAR
- PERGUNTAR

"Os centros de saúde têm de ter meios de diagnóstico como eletrocardiograma, raio-X"

Há dez meses a presidir à Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, que tem 22 unidades hospitalares, Rosa Matos adianta que está a estudar as características dos maiores frequentadores de urgências.

Diário de Notícias

É possível dar a resposta que as pessoas precisam nos centros de saúde?

Temos de tornar os centros de saúde mais acessíveis e mais resolutivos. Quero ir e resolver a minha situação. Os centros de saúde têm de ter alguns meios complementares de diagnóstico para poderem ter uma resposta mais imediata, como análises clínicas, eletrocardiograma, espirometria, raio-X. Estamos a pensar criar quatro centros de saúde piloto nesta área. Já temos raio-X montado a funcionar em Sete Rios (Lisboa), um em Setúbal e vamos montar rapidamente um na Amadora e outro na zona do Barreiro. Espero no prazo de três meses estar a avaliar.

Dez. 2016

<https://www.dn.pt/portugal/interior/os-centros-de-saude-tem-de-ter-meios-de-diagnostico-como-eletrocardiograma-raio-x-5574280.html>

Radiologia nos Cuidados de Saúde

Que outros fatores pesam?

Quem vai à urgências é uma população muito envelhecida, que quer fazer exames como TAC ou RM, que quer ver a sua situação resolvida. É preciso educar a população. Temos uma grande afluência ao serviço de urgência que temos de trabalhar. Um estudo que pedi, e que fizemos em três ou quatro hospitais, os grandes frequentadores das urgências são geralmente os grandes frequentadores dos centros de saúde. O trabalho que agora estamos a fazer é perceber as características e o que as leva a recorrer aos dois sítios.

Os três novos hospitais para a região vão ser impulso importante para aumentar a resposta?

Há queixas de tempos de espera relacionadas com exames. Quais os equipamentos em falta e a necessidade de investimento?

Temos um levantamento feito, que ronda à volta dos 40 milhões de euros. Nesta altura já abriram fundos estruturais da Saúde 2020. Temos 19,5 milhões para os hospitais concorrerem. São algumas substituições de equipamentos obsoletos como TAC, ressonância magnética, outros aquisições de raiz.

Programas de rastreio

➤ **Porque é que ainda faltam rastreios na região?**

- Compromisso da SES que os vamos iniciar durante 2017
- Rastreio Teledermatologia 2017 toda a ARS coberta – tempo de espera 6 dias
- Retinopatia diabética colaboração com a Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal - nos 15 agrupamentos dos CS ACES
- Rastreio da mama em quatro ACES (Lezíria, Médio Tejo, Oeste Norte e Estuário do Tejo) com promessa de alargamento da cobertura
- Rastreio casuístico na mama, colo do útero e cólon e reto.

<https://www.dn.pt/portugal/interior/os-centros-de-saude-tem-de-ter-meios-de-diagnostico-como-eletrocardiograma-raio-x-5574280.html>

Programas de rastreio



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



DGS desde 1899
Direção-Geral da Saúde



A DGS SAÚDE A a Z PNS e PROGRAMAS SAÚDE PÚBLICA QUALIDADE e SEGURANÇA INTERNACIONAL PUBLICAÇÕES

- Nome: Maria da Graça
- Data de nascimento:
- Médica, Chefe de Serviço de Saúde Pública, Subdirectora-Geral de Saúde Pública
- 2017 – Nomeada Directora-Geral de Saúde Pública
- 2008 – Curso Avançado de Gestão Pública (CAGEP)
- 2005 – 2012 – Subdirectora-Geral da Saúde. **Por Despacho do Ministro da Saúde, de 5 de agosto de 2011**, foi renovada, por confirmação, a comissão de serviços para a sua nomeação.
- 2002 – Competência de Gestão dos Serviços de Saúde (Orgão de Gestão)
- 1999 – Chefe de Serviço de Saúde Pública
- 1996 - 2005 – Chefe de Divisão da Divisão de Doenças Transmissíveis
 - Coordena o Programa Nacional de Vacinação (PNV)
 - Preside à Comissão Técnica de Vacinação
 - Coordena outros programas de controlo de doenças transmissíveis
 - Integra a Comissão de Acompanhamento da Gripe A

Plano Nacional de Saúde

Programas de Saúde Prioritários >

Programas de Saúde >

Programas de Apoio Financeiro >

Alimentação Saudável

Atividade Física

Controlo da Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

Controlo do Tabagismo

Diabetes

Doenças Cérebro-cardiovasculares

Doenças Oncológicas

Doenças Respiratórias

Hepatites Virais

Infeção VIH/SIDA

Visão e Valores

Atribuições

Conduta Ética

Orgânica

Direção-Geral e Direção

Direção-Geral

Departamentos-Gerais

Comissão de Apoio à Direção

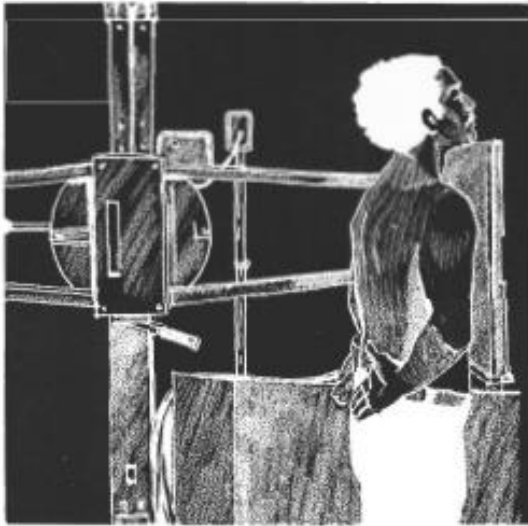
Comissão de Acompanhamento da Qualidade na Saúde

Comissão de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde

<https://www.dgs.pt/a-dgs/direcao-e-organica/diretor-geral-e-direcao/diretora-geral.aspx>

RADIOLOGY AND PRIMARY CARE

P.E.S. Palmer



INTRODUCTION

This manual was written in the conviction that simple diagnostic X-ray installations have a very valuable part to play in the medical care of rural and other underserved populations. It is intended to show that installation need not be costly in terms of building or investment, that equipment can be chosen that is simple to use, and that prolonged training is not required. Moreover, the cost may be more than balanced by the speed and efficiency with which patients are treated and returned home or to work, and by the prevention of further spread of infectious diseases first recognized on a chest X-ray.

1978

A Literatura e experiências Internacionais

Eur Respir J 2006; 28: 933–938
DOI: 10.1183/09031936.06.00008306
Copyright©ERS Journals Ltd 2006



Chest radiography and pneumonia in primary care: diagnostic yield and consequences for patient management

A.M. Speets*, **A.W. Hoes[#]**, **Y. van der Graaf[#]**, **S. Kalmijn[#]**,
A.P.E. Sachs[#] and **W.P.Th.M. Mali***

ABSTRACT: The current prospective cohort study assessed the diagnostic yield of chest radiography (CXR) in primary-care patients suspected of pneumonia.

In total, 192 patients with a clinical suspicion of pneumonia aged ≥ 18 yrs were referred by their general practitioner (GP) for CXR to one of the three participating hospitals in the Netherlands. All GPs were asked to complete a standardised form before and after CXR.

Pneumonia was diagnosed by GPs in 35 (18%) patients, of whom 27 (14%) patients had a positive CXR, and eight (4%) patients a negative CXR, but with an assumed high probability of pneumonia by the GP. CXR clearly influenced the diagnosis of pneumonia by the GP in 53% of the patients. CXR ruled out pneumonia in 47% and the probability of pneumonia substantially increased in 6% of the patients. Patient management changed after CXR in 69% of the patients, mainly caused by a reduction in medication prescription (from 43 to 17%) and more frequent reassurance of the patient (from 8 to 35%).

In conclusion, pneumonia was frequently over diagnosed clinically by general practitioners. Chest radiography is a valuable diagnostic tool to substantially reduce the number of patients misdiagnosed and is particularly important for the exclusion of pneumonia in general practice.

AFFILIATIONS

*Dept of Radiology, and
[#]Julius Centre for Health Sciences
and Primary Care, University Medical
Centre Utrecht, Utrecht, The
Netherlands.

CORRESPONDENCE

A.M. Speets
Dept of Radiology (E01.335)
University Medical Centre Utrecht
P.O. Box 85500
3508 GA Utrecht
The Netherlands
Fax: 31 302581098
E-mail: aspeets@umcutrecht.nl

Received:
January 20 2006

A Literatura e experiências Internacionais

Insights Imaging (2010) 1:46–52
DOI 10.1007/s13244-010-0024-9

STATEMENT

Radiology and primary care in Europe

The Executive Council of the European Society of Radiology (ESR) and the Council of the World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians/ European regional branch (WONCA Europe)

Received: 10 May 2010 / Accepted: 11 May 2010 / Published online: 11 June 2010
© European Society of Radiology 2010

Abstract This joint paper outlines the current status and future outlook of the cooperation between radiology specialists and general practitioners. It discusses issues of referrals in primary care, imaging requirements, quality of care, types of radiology services and finances, all seen by both sides—radiologists and primary care physicians.

Keywords Radiology · Primary care · Family care · Guidelines · Access · Quality

Introduction—the role of primary care and general practice in health care delivery

care of this patient is then undertaken by the specialist who may refer the patient on to another specialist if the condition is not one that is in his/her field. Patients may also present initially at an emergency department with ailments that do not require immediate admission to the hospital, because they do not have access to any other primary care service, and are therefore treated over a short term by those departments. On the other hand patients may sign up with a single or with a group of primary care physicians, a term which is used in this document identically with the term General Practitioners (GPs), who provide a continuous, comprehensive and coordinated care and are responsible for diagnosis and treatment of common

A Literatura e experiências Internacionais

Imaging in primary care

GPs who have access to diagnostic testing from primary care, and clear referral guidelines to follow will utilise these resources as efficiently as hospital doctors.^{1,2} Yet many GPs in the UK still feel constrained by local limitations on direct access to imaging tests, especially to the more complex investigations such as magnetic resonance imaging (MRI) and X-ray computed tomography (CT).

This should change. In England the NHS is committed to providing more diagnostic testing in primary care.³ This is seen as a key enabler for reducing the total number of secondary care referrals. In addition, it is hoped that when secondary care referral is still required, pre-referral testing will speed up the patient journey ensuring, for example in England, a maximum wait of 18 weeks between referral and treatment.

GPs will rightly welcome improved and often more local access to diagnostic testing. For them there will be the challenge to make the best use of this resource. In future, GP's will need to be comfortable with the use of a greater range of diagnostic tests and confident that better direct access to testing will not lead to a reduction in patient care and

national data spine will eventually mean images and reports can be viewed anywhere within the NHS.

Most GPs currently express little desire to see their patients' medical images. This is beginning to change, especially with the development of special interests and primary-to-primary referrals. Such a development is timely. Already the ability of the physician to peer into the interior of the living human body has revolutionised our concepts of health and disease. On any scale it is hard to over-estimate the beneficial impact medical imaging has had on patient care.

Most disciplines of contemporary hospital practice would be almost unrecognisable in the absence of modern imaging. Yet, for all that medical imaging reveals, something else will be concealed. As the availability and power of imaging grows, skills in history taking and physical examination decline. In secondary care admitted emergency patients often move directly to radiology, before being seen by the receiving doctor. Taking a full history and performing a detailed physical examination feels somehow inefficient to many hospital doctors when the CT scan

them because no referral or treatment followed the radiological investigation.

Decision making in primary care, especially in patients with chronic conditions, is less often influenced by the radiological report. Morgan *et al* found in a study of 1153 primary care referrals that 87% of knee examinations did not lead to management change and noted that 50% of referrals fell outside contemporary Royal College of Radiologists guidance.⁶

Two further papers in this Journal demonstrate some of the impact direct access to the chest X-ray has on primary care patients with a final diagnosis of lung cancer. It is well-known from screening studies that small bronchial neoplasms may be overlooked on chest X-ray, creating a significant false-negative rate. The sensitivity of chest X-ray for diagnosing asymptomatic lung cancer is only 26% with a positive predictive value of an abnormal chest X-ray as low as 10%.⁷ In symptomatic patients malignancies may not only also be missed, but visualised abnormalities such as pneumonia may also be wrongly interpreted as benign. The management in primary care of patients with negative

A Literatura e experiências Internacionais

Thoracic Imaging

Stefan Tigges, MD, MSCR
David L. Roberts, MD
Kay H. Vydareny, MD
David A. Schulman, MD,
MPH

Index terms:

Cancer screening
Cost-effectiveness
Radiology and radiologists,
socioeconomic issues
Thorax, radiography, 68.11

Published online

10.1148/radiol.2332031796
Radiology 2004; 233:575-578

¹ From the Departments of Radiology (S.T., K.H.V.), Internal Medicine (D.L.R.), and Pulmonary Medicine (D.A.S.), Emory Clinic, Bldg A, 1365 Clifton Rd NE, Atlanta, GA 30322. Received November 11, 2003; revision requested February 3, 2004; final revision received April 18; accepted April 21. **Address correspondence** to S.T. (e-mail: stefan_tigges@emoryhealthcare.org).

Authors stated no financial relationship to disclose.

Routine Chest Radiography in a Primary Care Setting¹

PURPOSE: To determine the frequency, diagnostic yield, outcomes, cost, and rate of false-positive results of routine chest radiography performed in asymptomatic patients in the primary care setting.

MATERIALS AND METHODS: Radiography reports on all patients who underwent routine or screening posteroanterior and lateral chest radiography at a university-affiliated primary care clinic in 2001 were reviewed. Radiographic results were coded as normal or minor findings or as major abnormalities, such as pulmonary nodules, requiring further diagnostic evaluation. Outcomes of patients with major abnormalities were established by using chart reviews or reviewing additional radiographs. Costs were estimated by using 2002 Medicare reimbursement rates. The main measures assessed were frequency, costs, and rate of false-positive results of routine chest radiography.

RESULTS: Of 3812 radiographs obtained at the primary care clinic, 1282 (34%) were ordered for routine or screening purposes by the referring physician. Nine hundred twenty-two radiographs were obtained in male patients and 360 were obtained in female patients; their mean and median age was 49 years (age range, 4-87 years). Fifteen chest radiographs showed major abnormalities. No patient younger than 40 years had a major abnormality. Fourteen of the 15 findings of major abnormalities proved to be false-positive. No disease requiring treatment was diagnosed as a result of radiographic findings. The total cost for follow-up radiography and computed tomography was \$46 609.49.

CONCLUSION: Routine chest radiography has low diagnostic yield in asymptomatic primary care patients.

© RSNA, 2004

A Literatura e experiências Internacionais

THE SOUTH AFRICAN RADIOGRAPHER

volume 50 number 1 | MAY 2012

peer reviewed ORIGINAL ARTICLE

Role extension: The needs, perceptions and experiences of South African radiographers in primary health care

N Gqweta *B Tech: Diagnostic Radiography*

Lecturer, Department of Radiography, Durban University of Technology

Abstract

Escalating current health needs coupled with the dire shortage of radiologists saw many countries abroad, led by the United Kingdom, adopting radiography role extension. Radiography role extension is a practice whereby radiographers adopt duties that were previously only within the scope of practice of radiologist. This study aimed to evaluate the need, the perceptions and the lived experiences of radiographers working in primary health care with reference to radiography role extension.

An interpretive qualitative research approach was utilised in trying to understand lived experiences of radiographers working in primary health care (PHC) institutions in Cape Town. A questionnaire was utilised as the data collection tool.

An analysis of the qualitative data revealed six themes; (i) medico legal aspects, (ii) education, (iii) newly qualified and inexperienced medical officers, (v) improving service delivery, (vi) the radiographers' experience, and (vii) benefits of reporting radiographers.

It was concluded that there is evidence to support the need for radiographers to extend their roles into report writing within the PHC level. The benefits of this would be improved service delivery and optimum utilisation of the radiographers' skills and knowledge.

Keywords

Image interpretation , service delivery

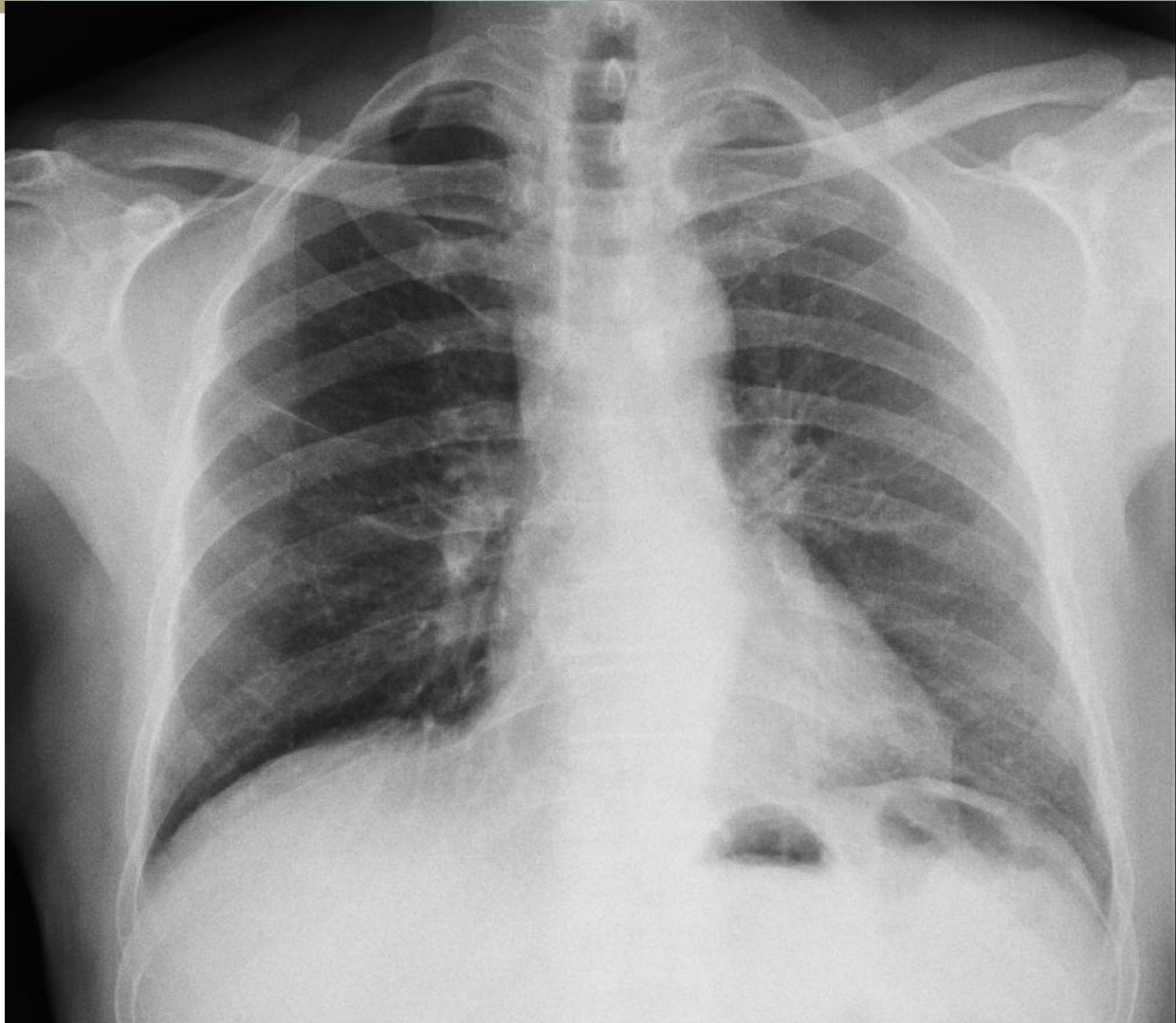
Imagens adquiridas em CSP



Imagens adquiridas em CSP



Imagens adquiridas em CSP



Imagens adquiridas em CSP



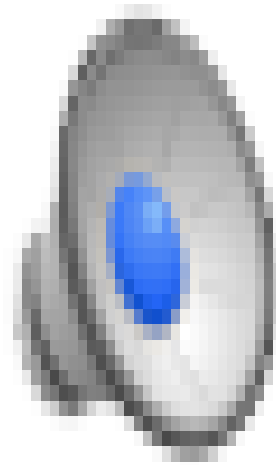


➤ Ouvir a opinião dos utentes

Pergunta que sabem

46 anos

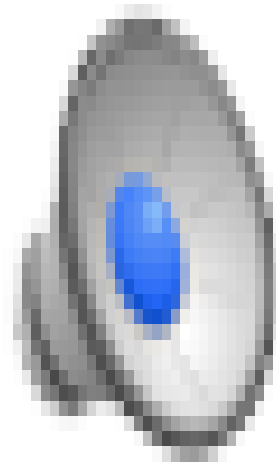
Atuária



Pergunta que sabem

33 anos

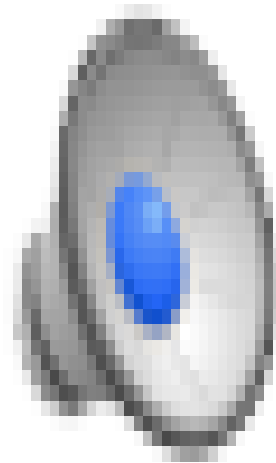
Assistente Administrativa



Pergunta que sabem

24 anos

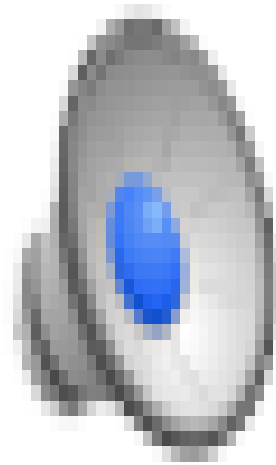
Engenheiro
Informático



Pergunta que sabem

20 anos

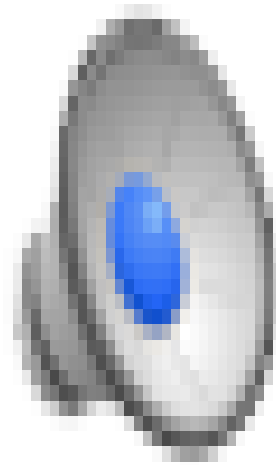
Estudante
Universitário



Pergunta que sabem

35 anos

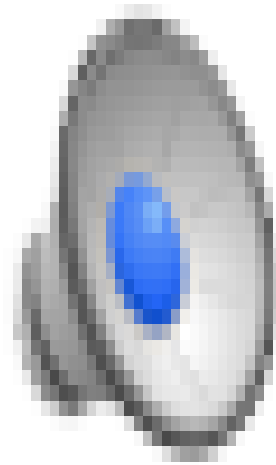
Técnico de
Radiologia



Pergunta que sabem

59 anos

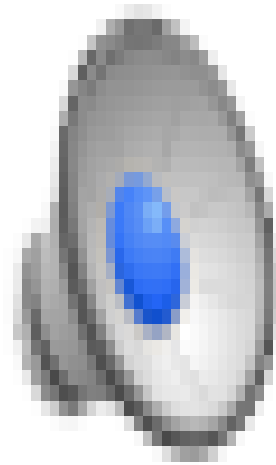
Médico
MGF



Pergunta que sabem

59 anos

Médico
MGF



Notas finais

- É intenção do governo alargar a presença de meios radiológicos nos CSP;
- A Radiologia nos CSP não responde atualmente às necessidades dos doentes, exceto em casos pontuais;
- As organizações e as guidelines internacionais admitem que a valência da radiologia deve existir ao nível dos CSP;
- Os estudos realizados apontam para que os Técnicos de Radiologia podem e devem contribuir para a interpretação das imagens radiológicas obtidas nos CSP;
- Embora a maioria dos inquiridos tenha demonstrado coerência e adequação dos programas curriculares, alguma literatura aponta que deve haver uma especialização para estes profissionais, mais reforçada na componente clínica.



➔ margarida.ribeiro@estesl.ipl.pt