

O FIM DO PRINCÍPIO – A REESTRUTURAÇÃO QUE SE IMPÕE NA MEDICINA FAMILIAR

Scherger EJ. The end of the beginning: the redesign imperatives in Family Medicine. *Family Medicine* 2005;37(7):513-6.

URL: <http://www.sfm.org/fmhub/fm2005/July/Joseph513.pdf>

Artigo que condensa uma intervenção do seu autor na mais recente conferência anual da norte-americana Sociedade de Professores de Medicina Familiar (MF). O autor começa por afirmar que a MF está a enfrentar a maior crise desde a sua criação como especialidade, considerando que, se o seu valor está claramente estabelecido, o seu modelo de prestação de cuidados, centrado em consultas breves, é ineficaz e obsoleto. De acordo com Scherger (que se baseia em alguns estudos), as consultas tal como as realizamos, com uma duração média de 15 minutos, servem um modelo de Medicina de cuidados agudos, mas há muito deixaram de servir a MF, com a sua vocação preventiva, abarcando as doenças crónicas, sob as perspectivas familiar e bio-psico-social.

«Um dia de trabalho de um MF comporta, em regra, uma longa lista de pacientes a consultar, cada um com necessidades preventivas, uma variedade de problemas de saúde, de comorbilidades e de dimensões familiares e bio-psico-sociais.» Embora dispondo de uma vasta gama de recursos, o MF tenta enfrentar as necessidades complexas de cada doente em cerca de 15 minutos. Segundo o autor, os MF são os únicos profissionais que tentam realizar tarefas complexas em consultas breves. Numa referência a um artigo publicado no *BMJ* em 2000, os cuidados primários são apelidados de «cuidados de hamster»: os *hamsters* aqui comparados aos MF que correm cada vez mais depressa em

passadeiras rolantes sob o comando de directrizes orientadas para a produtividade.

Enunciando os dois princípios de melhoria aplicados na empresa Toyota – um de melhoria contínua (através de ciclos de melhoria dos modelos em curso) e um de melhoria radical (a partir do qual, periodicamente, emergem novos modelos de trabalho) –, Scherger diz que é tempo de uma mudança radical na MF. E o que é então sugerido?

No futuro, a relação médico-paciente (que se quer contínua, em contraste com o actual sistema de consultas breves) começará em casa do paciente, o qual disporá de uma *homepage* que, contendo toda a sua informação de saúde, lhe dará ainda acesso a informação médica e outros serviços. A par da adopção da tecnologia, é ainda sugerida a adopção de uma abordagem sistemática dos cuidados crónicos com uma permanente interacção (não necessariamente presencial) entre pacientes e uma equipa (em oposição a um médico isolado) pró-activa.

São fornecidos exemplos (não ficcionais) de centros onde se adoptaram modelos similares aos sugeridos e que, no geral, atingem um volume de contactos não diferente dos actuais modelos, mas dos quais apenas 20 a 25% correspondem a consultas presenciais, prolongando-se estas por 30 minutos ou mais. Os restantes contactos são via telefone ou *e-mail* e todos são contabilizados, quer em termos de despesa, quer em termos de produtividade. São usadas ainda sessões de grupo, presenciais, de educação para a saúde, e *newsletters* periódicas, através das quais a equipa difunde os seus serviços e recomenda as suas práticas.

Advoga-se que são, assim, atingidas, quer uma continuidade, quer uma acessibilidade de cuidados que

não estão ao alcance do actual modelo, preservando-se as relações personalizadas e conquistando-se eficácia e produtividade superiores. Optimista, o autor prevê que dentro de 10 anos, a MF norte-americana tenha sofrido esta necessária revolução. Um artigo indispensável para todos os MF que se começam a cansar de «correr cada vez mais rápido na passadeira rolante» e, inconformados, procuram uma alternativa.

Mónica Granja

Centro de Saúde da Senhora da Hora