

A Orientação Comunitária da Medicina Geral e Familiar. Uma questão de bom senso.

JAIME CORREIA DE SOUSA*

A posição do médico de família no sistema de saúde e as responsabilidades de prevenção e de promoção de saúde dos pacientes a seu cargo implicam uma actividade clínica centrada na pessoa mas que tenha em conta o contexto familiar, social, laboral e cultural em que essa pessoa está inserida. Mas a posição dos médicos de família no sistema de saúde não é a mesma em todos os países. Mesmo no espaço europeu, há grandes diferenças na sua posição entre os diferentes países. A posição dos médicos de família depende muito da estrutura e princípios do sistema de saúde de cada país¹ e essa estrutura determina o peso relativo da componente preventiva da actividade dos médicos. São vários os factores que podem estar na origem da menor atenção que a área da prevenção tem tido em Portugal por parte dos médicos de família e das suas instituições. À semelhança de outros países, a prática da Medicina Geral e Familiar (MGF) no nosso País nos últimos anos tem sido caracterizada por um forte aumento da pressão assistencial curativa em detrimento da componente de promoção da saúde e prevenção da doença. Existe uma grande pressão do público para a satisfação imediata da procura assistencial e para o direito ao acesso a todo o tipo de cuidados de saúde vistos como mais diferenciados porque apoiados no uso de mais medicamentos, exames complementares tecnologicamente

mais modernos e consultas de especialistas hospitalares. Inevitavelmente essa pressão leva os decisores políticos e os dirigentes intermédios da administração de saúde a procurarem soluções que mantenham o público satisfeito em detrimento da componente preventiva e relacional da actividade dos profissionais de saúde. Os médicos de família, desviam muito do seu tempo, recursos e preocupações para responder a estas preocupações adaptando a oferta à procura e não necessariamente às necessidades de saúde. As consequências desta relativa inversão de valores dos objectivos e funções dos cuidados de saúde primários podem ser demasiado pesadas. Existem necessidades de saúde não satisfeitas,² onde poderia haver maior investimento de meios, ao mesmo tempo que os gastos com a saúde não param de crescer.³

O Plano Nacional de Saúde 2004-2010⁴ com a definição de estratégias e prioridades de intervenção concebido a nível da administração central (Direcção Geral da Saúde) procurou encontrar uma linha de orientação com uma justificação técnica que permitisse nortear a actuação dos dirigentes políticos, nem sempre com o resultado esperado.

Uma das seis competências nucleares do médico de família definidas no documento da Sociedade Europeia "A Definição Europeia de Medicina Geral e Familiar"⁵ é a Orientação Comunitária, entendida como a conjugação das necessidades de saúde dos pacientes

*Director da Revista Portuguesa de Clínica Geral

individuais com as necessidades de saúde da comunidade em que se inserem, em equilíbrio com os recursos disponíveis. Segundo esse documento, a disciplina de MGF caracteriza-se, entre outros atributos, por ter uma responsabilidade específica pela saúde da comunidade.

A MGF lida com as pessoas e os seus problemas no contexto das suas circunstâncias de vida e não com patologias ou "casos" impessoais. Tem uma responsabilidade específica pela saúde da comunidade. Ao lidar com as questões da saúde, a Disciplina reconhece ser responsável tanto pelo paciente individual como pela comunidade mais alargada. Ocasionalmente, tal gerará tensão, podendo levar a conflitos de interesse que terão de ser adequadamente abordados.⁵

A referida declaração da WONCA menciona várias vezes a orientação comunitária da MGF mas deixa poucas pistas para a sua concretização. Como a prática da MGF nos diferentes países da Europa é fortemente determinada pelos arranjos organizacionais, a estrutura da profissão e as questões laborais e contratuais a concretização da orientação comunitária acaba por assumir formas muito diversas. Um outro documento europeu, a Agenda Educacional do EURACT,⁶ é bastante mais explícito nas definições deste conceito. Existe um capítulo específico sobre Orientação Comunitária que refere o seguinte: "Os médicos de família têm para com a comunidade em que trabalham responsabilidades que estão para além da consulta com determinado paciente. O trabalho do médico de família é determinado pela composição da comunidade e por isso o médico tem que compreender os potenciais e limitações dessa comunidade."

O Documento define assim os objetivos formativos em relação à Orientação Comunitária: "No final do programa de formação o formando estará

em condições de conciliar as necessidades de saúde dos pacientes com as necessidades de saúde da comunidade em que eles vivem, em equilíbrio com os recursos disponíveis.

Para tal precisa de:

- compreender as necessidades de saúde das comunidades a partir das características epidemiológicas da população;
- compreender as inter-relações entre cuidados de saúde e assistência social;
- compreender o impacto da pobreza, da origem étnica e da epidemiologia local sobre a saúde;
- aperceber-se das desigualdades nos cuidados de saúde;
- compreender a estrutura do sistema de saúde e suas limitações económicas;
- trabalhar com os outros profissionais envolvidos na política comunitária da saúde e compreender o seu papel;
- compreender a importância da informação oriunda da prática clínica e da comunidade como instrumento de garantia da qualidade da consulta;
- compreender como o médico e o paciente podem utilizar o sistema de saúde (referenciação, participações, baixas, problemas jurídicos, etc.) no seu contexto específico;
- conciliar as necessidades dos indivíduos com as necessidades da comunidade em que eles vivem."

Sendo importantes as definições conceptuais, a orientação comunitária da MGF não deve ser vista apenas como uma declaração de intenções de instituições académicas. Esta orientação da prática do médico de família deverá, pelo contrário, ter origem no entendimento de que do conhecimento da relação que o paciente estabelece com a comunidade resultará uma melhor prática clínica. Um médico de família com uma prática clínica com maior preocupação com a comunidade, integrado numa equipa de saúde alargada, coesa e com formação adequada, tem um maior potencial de detectar os proble-

mas e as necessidades de saúde dos pacientes a seu cargo e de agir no sentido da sua satisfação.

É sabido que as necessidades de saúde dos pacientes individuais que entram na porta do consultório podem não reflectir as necessidades mais gerais da comunidade. Muitas pessoas têm problemas sérios de saúde que o seu médico de família desconhece, outros podem necessitar de cuidados de saúde mas não os procurar e outros ainda solicitam cuidados que são desnecessários ou desadequados; pode ainda acontecer que os serviços de saúde não estejam apetrechados para prestar os cuidados de saúde que deveriam ser fornecidos.⁷

Todos os médicos de família deveriam ser capazes de responder às seguintes questões: conhece o estado de saúde das pessoas por quem é responsável? Sabe se esse estado de saúde é diferente do perfil de saúde da restante comunidade ou distrito? Será necessário tentar alterar esse estado de saúde? Se sim, haverá capacidade de o alterar em termos de conhecimentos, meios e vontade política?⁸

Para melhor conhecer a comunidade e saber trabalhar com ela é fundamental que os médicos de família sejam treinados na utilização de um conjunto de instrumentos que lhes permita avaliar as necessidades de saúde dos pacientes a seu cargo, reconhecer as pessoas com necessidades não satisfeitas, identificar as prioridades de intervenção e decidir quais as áreas que reclamam uma intervenção prioritária.

Para realizar esta tarefa com êxito é fundamental a cooperação com outros profissionais de saúde. A avaliação das necessidades de saúde necessita da recolha de informação útil e relevante, proveniente de múltiplas fontes que apenas poderá ser convenientemente tratada e utilizada com a colaboração de elementos de vários sectores profissionais tais como enfermeiros, assis-

tentes sociais, psicólogos, farmacêuticos, professores, autarcas, voluntários, representantes de grupos de doentes ou de utilizadores de serviços de saúde, bem assim como de médicos de saúde pública e profissionais dos serviços hospitalares.⁹⁻¹⁰

Esta actividade deve ser desenvolvida tanto ao nível da identificação das necessidades de saúde individuais como grupais, devendo estas duas componentes ser vistas de forma complementar. A identificação das necessidades de saúde individuais requer uma actividade organizada e sistemática de recolha de informação sobre cada uma das pessoas que procuram cuidados médicos. O processamento dessa informação e o trabalho de reflexão periódica sobre os resultados da nossa actividade, através da avaliação e revisão periódica do desempenho, permite identificar as pessoas com necessidades de saúde não satisfeitas.

O tratamento dessa informação a nível de uma USF ou de um centro de saúde e o cruzamento de dados com outros provenientes de diferentes fontes da comunidade e de outros sectores profissionais, permite não só identificar as pessoas sobre as quais a nossa actividade prioritária deve ser dirigida, como igualmente compreender melhor o estado de saúde da comunidade e determinar as necessidades de intervenção numa perspectiva mais alargada. A saúde não é, como se sabe, um espaço de actuação exclusiva do sector de saúde e os restantes agentes da comunidade podem e devem ser chamados a agir numa perspectiva de promoção de saúde e da prevenção de doença na comunidade.

CONCLUSÃO

Com a reforma dos cuidados de saúde primários em curso,¹¹ existe uma oportunidade a não desperdiçar. As novas

Unidades de Saúde Familiares estão a nascer configurando uma mudança importante na forma de exercer medicina familiar; contudo a mudança ainda não foi suficientemente pensada ao nível da construção de um modelo global que leve à criação de Centros de Saúde de um novo formato que integrem de forma coerente as diferentes obrigações e funções profissionais dos Cuidados de Saúde Primários (CSP).

Uma das questões insuficientemente discutida na comunidade de saúde em Portugal e da maior importância para o desenvolvimento dos CSP é o do papel relativo e das inter-relações entre médicos de família e médicos de saúde pública. Nos últimos anos ocorreram mudanças significativas na estrutura e orientação da carreira de Saúde Pública e é necessário repensar como as duas profissões devem agir em cooperação e complementaridade.

As mudanças ocorrem quando o amadurecimento do pensamento colectivo as torna possíveis e se conjugam determinadas condições políticas. A MGF estava pronta para a mudança, como o demonstra o êxito com que os médicos de família acolheram a reforma arrastando com eles outros profissionais. Mas seria importante tentar aproveitar o balanço reformador e o capital de entusiasmo no sentido de uma verdadeira reforma dos CSP que contemple uma nova missão para os centros de saúde reformatados no sentido de uma relação com a comunidade potenciadora de mais saúde.

Só assim garantiremos o pleno êxito da reforma.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. van Ree. The role of primary care in public health. In: Jones R, Britten N, Culpepper L, Gass D, Grol R, Mant D, et al, editors. Oxford Textbook of Primary Medical Care. New York: Oxford University Press; 2004. p. 43-50.

2. Direcção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos. Orientações estratégicas. Lisboa: Direcção Geral da Saúde; 2004. Disponível em: URL: http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/media/pns_vol2.pdf [acedido em 09/09/2006].

3. OPSS. Relatório de Primavera 2006. Um ano de Governação em Saúde: sentidos e significados. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra; 2006. p. 29-33.

4. Direcção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos. Prioridades. Lisboa: Direcção Geral da Saúde; 2004. Disponível em: URL: http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/media/pns_vol1.pdf [acedido em 09/09/2006].

5. World Organization of Family Doctors (WONCA). A Definição Europeia de Medicina Geral e Familiar (Clínica Geral/ Medicina Familiar). Lisboa: WONCA EUROPA / APMCG 2002. Disponível em: URL: <http://www.apmcg.pt/document/71479/457322.pdf> [acedido em 6/09/2006].

6. Heyrman J, ed. EURACT Educational Agenda. European Academy of Teachers in General Practice. EURACT. Leuven: 2005.

7. Wright J, Williams R, Wilkinson JR. Development and importance of health needs assessment. *BMJ* 1998 Apr 25; 316 (7140): 1310-13.

8. East L, Hammersley V, Hancock B. Trent Focus for Research and Development in Primary Health Care: Health Needs Assessment in Primary Care. Nottingham Trent Focus, 1998. Disponível em: URL: <http://www.trentrdsu.org.uk/cms/uploads/Health%20Needs%20Assessment.pdf> [acedido em 6/09/2006].

9. Wilkinson JR, Murray SA. Assessment in primary care: practical issues and possible approaches. *BMJ* 1998 May 16; 316 (7143): 1524-8.

10. Jordan J, Dowswell T, Harrison S, Lilford RJ, Mort M. Health needs assessment: Whose priorities? Listening to users and the public. *BMJ* 1998 May 30; 316 (7145): 1668-70.

11. Grupo Técnico para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários. Linhas de acção prioritária para o desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários. Lisboa: Ministério da Saúde; 2005.