

# Família e cuidados de saúde

LUÍS REBELO\*

## GABRIEL SMILKSTEIN. UMA HOMENAGEM PÓSTUMA

**C**onheci o Professor Gabriel Smilkstein num Congresso de Medicina Familiar nos EUA, nos anos oitenta. Mais tarde, tive a oportunidade de o convidar a vir a Portugal no âmbito das actividades de formação da APMCG. Esteve em Portugal em 1989 no VII Encontro Nacional de Clínica Geral em Montechoro, cujo lema escolhido foi «Medicina de Família: um Mundo Vivo». Smilkstein apresentou uma conferência que intitulou «Família e Recursos Psicossociais».

Homem alto, bem constituído, de trato muito gentil, afectuoso e sensível, já com alguns cabelos brancos e cheio de histórias para contar a propósito das suas inúmeras viagens como conferencista. Foi fácil criar empatia com ele.

Recordo vivamente o conteúdo da sua lição em Vilamoura e releio os apontamentos que na altura escrevi. Como novidade, a noção de risco biomédico, de risco psicossocial e de risco combinado. A necessidade de, na avaliação do risco biomédico, avaliar os estilos de vida do paciente, a relação entre risco psicossocial e nível de ansiedade, os recursos psicossociais inerentes a cada pessoa – o SCREEAM + FI e os factores produtores de *stress*, com a família, os amigos e os grupos de auto-ajuda a ponderarem em ambos os casos.<sup>1</sup>

Recordo frases, que são sínteses maduras, como estas – «a principal função da família é a sobrevivência», «o apoio dado pela família é completado pelo apoio dos amigos», «porque é que o mé-

dico deve avaliar a função familiar dos seus pacientes? porque é possível relacionar a saúde do indivíduo e a disfunção familiar percebida por ele», ou ainda «a ansiedade é o principal inimigo de uma boa saúde». A propósito da função do médico, «ouvir os doentes é o mais importante», ainda «em vez de boca em boca, deveríamos dizer da boca ao ouvido» ou «o médico tem como dever tratar o doente... não a família nem a comunidade».

Foi uma lição de vida, um exemplo de coerência. Para mim, como médico, foi um estímulo para me dedicar à temática da família e continuar a divulgação dos métodos de avaliação familiar.<sup>2</sup>

Smilkstein fica conhecido como o autor do Apgar Familiar, um teste rápido e de fácil aplicação que avalia a percepção que o paciente tem da funcionalidade da sua família.<sup>3</sup>

Smilkstein definia-se como um médico de família que não era, nem queria ser, terapeuta familiar. Era docente e exercia clínica no Departamento de Medicina Familiar da Universidade de Washington, Seattle.

Deixou-nos inesperadamente, após um brutal acidente de viação.

Para o recordar, vale apenas reler, talvez, o seu principal texto publicado «The Physician and Family Function Assessment»<sup>4</sup> em que o autor apresenta o racional sobre a avaliação da função familiar e a metodologia a utilizar.

O conhecimento da pessoa e da obra de Smilkstein revelou-se um contributo importante para que a Clínica Geral portuguesa se tivesse progressivamente transformado na Medicina Geral e Familiar que hoje conhecemos.

\*Médico de Família do Centro de Saúde de Alvalade (ARSLVT).  
Professor da Faculdade de Medicina de Lisboa

Encaro a publicação na RPCG deste Dossier temático dedicado à família como uma homenagem póstuma a Gabriel Smilkstein.

### O MÉDICO DE FAMÍLIA E A FAMÍLIA

Sabemos que nos dias de hoje ser «médico de pessoas» é difícil. É necessário um permanente esforço para não cairmos na ratoeira da exploração desenquadrada do sintoma ou sinal, da referência para uma sub-especialidade em que a tecnologia vai ditar o rumo a seguir ou da terapêutica medicamentosa múltipla e precipitada forçando a história natural da doença que ainda não o é.

Ser «médico de pessoas que têm família» ou ser «médico de famílias» ainda é mais complexo. Ter capacidades técnicas para centrar a sua atenção no sistema, no indivíduo, na família ou mesmo na comunidade é a grande riqueza e especificidade dos profissionais especialistas de Medicina Geral e Familiar.

O médico de família centra a sua atenção na pessoa, o terapeuta familiar centra-se na família, o oftalmologista centra-se no aparelho ocular, o pediatra nas crianças. Todos têm competências e metodologias de actuação próprias.

O médico de família, ao ser confrontado com os fenómenos de saúde e doença dos seus pacientes, pode recorrer a uma abordagem familiar caso julgue conveniente e útil aplicando instrumentos de avaliação. Fará uma referência quer para o oftalmologista, quer para o terapeuta familiar, se a situação o justificar, utilizando em proveito do paciente o conhecimento acumulado adquirido.

McWhinney<sup>5</sup> sintetizou em seis pontos as razões porque vale a pena o médico ter em atenção o contexto familiar dos seus pacientes:

- O indivíduo é o produto do seu genótipo e do ambiente onde vive;
- A família é crucial para o desenvolvi-

mento infantil, estando provado que a funcionalidade familiar interfere com o desenvolvimento físico e psicológico das crianças;

- Certas famílias são mais vulneráveis à doença que outras;
- As doenças infecciosas transmitem-se com facilidade no interior das famílias;
- A mortalidade e morbilidade entre adultos é afectada por factores familiares;
- A família é importante para a recuperação e reabilitação individual, isto em relação a todo o tipo de doenças, sendo contudo mais evidente nas doenças crónicas e incapacitantes.

É ainda o mesmo autor que enumera as situações traumáticas que quando ocorrem no seio das famílias, têm efeitos profundos na saúde dos seus membros.

#### Situações de Alerta:

- Cuidados parentais inadequados ou inexistentes;
- Conflitos permanentes na família, mal ou não resolvidos;
- Ocorrência de divórcio e seu impacto nos filhos;
- Doença grave incapacitante num membro da família;
- Luto recente, sobretudo por morte de cônjuge ou filho;
- Pobreza grave da família;
- Desemprego prolongado;
- Necessidade de migrar.

Acresce que está comprovado que a família tem uma influência poderosa no estado de saúde dos seus membros e que, por outro lado, os cuidados de saúde mais eficientes são aqueles em que exista cooperação entre o médico, o paciente e a sua família.<sup>6</sup>

### CONTEÚDO DO DOSSIER

Cristina Ribeiro apresenta uma revisão do que mais relevante foi publicado so-

bre família, saúde e doença. Um médico, por natureza e dever ético, tem que se manter actualizado. É a saúde dos seus pacientes que o exige. O médico de família, como generalista, tem que dominar conhecimentos biomédicos e psicossociais. É um saber extenso, complexo e multipolar.

Eu próprio, a Josefina Marau e a Manuela Agostinho escrevemos sobre a metodologia da avaliação familiar. São apresentados alguns instrumentos aplicáveis no dia a dia do médico de família, indicações para o seu uso e suas potencialidades.

O genograma como o método de avaliação familiar por excelência. Avalia sobretudo a estrutura da família, o desenho infantil e o círculo familiar que abordam e avaliam a função familiar e o eco-mapa que valoriza os recursos psicossociais do paciente.

Por fim, Teresa Laginha escreve sobre intervenção em famílias disfuncionais.

Com formação o médico de família pode e deve ajudar as famílias que so-

frem e que nos pedem apoio. Ocasões não faltam. Mas é necessário dominar a técnica e o método de entrevistar famílias.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rebelo L. Dois modelos de prática médica. I - A medicina geral e familiar e o modelo biopsicossocial. Rev Port Clin Geral 1993; 10: 245-54.

2. Agostinho M, Rebelo L. Família: do conceito aos meios de avaliação. Rev Port Clin Geral 1988; 32: 6-17.

3. Smilkstein G, Ashworth G, Montano D. Validity and reliability of the family APGAR as a test of family function. J Fam Pract 1982 Aug, 15 (2): 303-11.

4. Smilkstein G. The physician and family function assessment. Fam Syst Medicine, Fall 1984, 2 (3): 263-78.

5. McWhinney IR. The family in health and disease. In: McWhinney IR (editor). A Textbook of Family Medicine. New York: Oxford University Press; 1989. p. 111-58.

6. Rebelo L. Medicina Familiar. O doente com artrite reumatóide e a sua família. Lisboa: Editora Temática; 1998. p. 57-71.