



Complexidade em Medicina Geral e Familiar

Raquel Braga*

Na sua passagem por Portugal, no 30º Encontro Nacional, em Aveiro, Richard Roberts, Presidente da WONCA Mundial, fez uma estimulante e inspiradora conferência de encerramento em que revelou a sua experiência de tomada de contacto com Médicos de Família de todo o mundo e em todos os contextos.

O fio condutor desta experiência é a coragem, a proximidade, a relação única de confiança que os médicos desenvolvem com os seus doentes, mesmo em contextos adversos e desprovidos de recursos materiais e meios técnicos.

O médico *generalista* que desenvolve o seu trabalho em contexto dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) é muitas vezes a primeira e a única oferta de saúde, interagindo com toda a diversidade de pessoas, com toda a gama de problemas, desde os mais simples e mais comuns até aos mais raros e específicos. Desenvolvendo um trabalho abrangente e relevante, faz uma enorme diferença a nível individual na saúde das pessoas, o que é quantificável no impacto que demonstra ter na saúde das populações.¹

É revigorante pensar que o que fazemos, a nível da Medicina Geral e Familiar (MGF), é importante aqui e em todo o mundo, independentemente da forma como o sistema de saúde de cada país está organizado, quer colocando os CSP no centro, quer procurando a especialização de cuidados.

Para além da abrangência no tratamento dos problemas, um dos aspectos realçados nesta conferência foi a **complexidade** do trabalho que desenvolvemos. Mais do que uma abordagem meramente emocional, foi feita uma análise quantificada e até de comparação da complexidade envolvida na consulta de MGF com a complexidade envolvida nas consultas de outras especialidades médicas.²

É esse aspecto, a **complexidade**, que vamos dissecar, como forma de entendermos o valor acrescentado do que fazemos a nível da consulta de MGF. Este assunto foi estudado nos Estados Unidos da América² com o objectivo prático de quantificação, valorização e pagamento dos actos praticados, o que nos permite falar deste assunto tão subjectivo de forma objectiva e factual.

Temos a percepção de que o nosso trabalho é complexo, que essa complexidade é mesmo um factor referido de sobrecarga ou *burnout*.³

Num estudo acerca da forma de lidar com a complexidade, efectuado na década de 90, um quarto dos médicos de família considerou que o espectro de cuidados que era esperado prestarem era mais alargado do que deveria ser e 30% acreditava que esta amplitude de cuidados tinha aumentado nos últimos dois anos.⁴

Acresce que nas últimas três ou quatro décadas a complexidade dos cuidados de saúde também cresceu, acompanhando a oferta dos serviços de saúde, a evolução farmacoterapêutica e a diversidade demográfica dos doentes e das populações.

Na maior parte das vezes, no nosso dia-a-dia, ao nível da consulta de MGF, lidamos com pessoas portadoras de doenças comuns, pouco complexas e com tratamentos acessíveis e fáceis de manejar. Lidamos também frequentemente com pessoas com doenças pouco comuns ou graves e limitantes que nos ocupam com o restante da sua morbidade e da sua dorlência.

Algumas vezes, acompanhamos pessoas portadoras de doenças raras e muito específicas. No entanto, mais frequentemente lidamos com o desafio da sua inespecífica apresentação inicial, quando estas apresentam ainda sinais incipientes e sintomas indiferenciados, muitas vezes vagos e incharacterísticos, uma vez que, efectuado o diagnóstico ou iniciado o seu estudo, estas são referenciadas para consultas especializadas, para tratamento e seguimento.

Por vezes há tendência em assumir que os problemas mais diferenciados, aqueles que normalmente são re-

*Directora da Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar



ferenciados ou apresentados em consultas hospitalares são os que apresentam a maior **complexidade**.

No polo oposto a estes problemas complexos e bem definidos, encontramos os *Medically Unexplained Physical Symptoms* (MUPS),^{5,6} por vezes indutores de grande incerteza e fonte de grande complexidade, responsáveis por 20 a 35% dos motivos de consulta em MGF.⁶ Estes sintomas físicos que provocam a procura de cuidados, mas acerca dos quais não se determina a patogénese, após uma avaliação diagnóstica apropriada, podem incluir causas somáticas, físicas e ambientais. Apesar de não deverem ser confundidos com somatização ou dolências psicossomáticas, a diferenciação relativamente a essas entidades não é nítida, sendo a confusão frequente, quer na literatura médica, quer na prática clínica.⁶

Provar, quantificar e demonstrar que o que fazemos diariamente lidando com toda esta variabilidade de problemas é complexo e difícil, foi o que fizeram David Katerndahl e colegas² ao criarem um modelo de quantificação da complexidade das consultas e comparando essas medições de complexidade em MGF com as das consultas de outras duas especialidades médicas, a Cardiologia e a Psiquiatria. Neste modelo é tida em conta a complexidade em cada consulta e ao longo das consultas, sendo estas medições corrigidas pelo tempo de duração das consultas. Para medir a complexidade foram consideradas a quantidade de *inputs* em cada consulta – quantidade de informação transferida do doente para o médico (anamnese, exame físico, exames auxiliares de diagnóstico efectuados, dados de caracterização do paciente) bem como a quantidade de *outputs* – terapêutica farmacológica e não farmacológica, incluindo aconselhamento e educação para a saúde, bem como procedimentos efectuados e recomendações.

A complexidade de cada *input output* foi definida como a média de *inputs/outputs* por encontro clínico, ponderada pela *diversidade* inter-encontro (gama de possibilidades usadas) e *variabilidade* (mudança de temas inter-visitais).

O nível total de complexidade estimado, bem como a complexidade por minuto e por hora das consultas foi determinado, sendo em todos os casos mais elevado nas consultas de MGF do que nas consultas de Cardiologia e Psiquiatria, ao passo que o tempo de duração da

consulta era menor em MGF.²

Neste modelo entende-se que a complexidade numa consulta não se restringe à doença, mas alarga-se à observação da pessoa como um todo, numa perspectiva de abrangência, continuidade e personalização de cuidados.

Torna-se neste ponto interessante fazer um paralelo entre o nível de complexidade da Consulta de MGF e o valor acrescentado do contributo dos CSP para um sistema de saúde e para a saúde individual e das populações.

Esta ideia é analisada por Stange e colegas através do *Paradoxo dos Cuidados de Saúde Primários*,⁷ que consiste na observação de que médicos de cuidados de saúde primários fornecem cuidados de menor qualidade, no caso de certas doenças específicas, do que médicos especializados nessas doenças. No entanto, prestam cuidados de maior qualidade ao nível da pessoa entendida como um todo, melhores cuidados de saúde gerais, com maior equidade e menos custos e, sobretudo, prestam melhor qualidade de cuidados a nível da saúde das populações.^{1,7}

Uma das mais importantes reflexões deste *Paradoxo*⁷ é a distinção entre *doenças complexas, doentes complexos ou populações complexas*. Pessoas com uma única doença complexa, de apresentação rara e tratamento específico, beneficiam da abordagem focada de um especialista. Pacientes complexos, com diferentes comorbidades obtêm uma melhor resposta da interacção dos níveis de cuidados, com a intervenção de cuidados especializados selectivamente integrada pelos cuidados de saúde primários. Populações complexas com diferenças a nível do estado de saúde, cultura e acesso aos cuidados beneficiam enormemente de um sistema baseado em cuidados de saúde primários robusto e igualitário. Os cuidados de saúde em diferentes níveis (doença, doentes e populações) são mais bem integrados por uma abordagem generalista que prioriza e personaliza cuidados do que por uma abordagem especializada que (apenas) se detém e intervém nas particularidades de doenças complexas.⁷

Entenda-se aqui o termo *personalização de cuidados* como o complexo conhecimento da pessoa ao longo do tempo, inserida no seu contexto familiar e comunitário e não o mero conhecimento fisiopatológico que possibilita as melhores opções farmacológicas.



Entender este *Paradoxo dos Cuidados de Saúde Primários*⁷ passa também por entender o paradoxo da complexidade em saúde: é entender que a par da complexidade e especificidade de determinadas doenças raras e graves surge a complexidade da dificuldade da integração de cuidados, da priorização dos problemas, da contextualização e personalização de cuidados às pessoas no *continuum* saúde, doença aguda, doença crónica, tendo ainda em conta os aspectos biopsicossociais e a prevenção da doença.

Este valor acrescentado é difícil de medir quando temos em conta apenas resultados centrados na doença, mas é notório ao nível das pessoas e das populações. Tudo isto, de que falámos neste editorial, faz da MGF uma especialidade de valor único dada a sua complexidade, abrangência e proximidade com as pessoas e com as populações, tornando-se um recurso inestimável na saúde individual e uma peça fulcral no Serviço Nacional de Saúde português.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Starfield B, Shi LY, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005; 83 (3): 457-502.
2. Katerndahl D, Wood R, Jaén C. A method for estimating relative complexity of ambulatory care. *Ann Fam Med* 2010 Jul-Aug; 8 (4): 341-7.
3. Yaphe J. On the health of doctors: why we need to look after ourselves first. *Rev Port Med Geral Familiar* 2013 Mar-Apr; 29 (2): 86-7.
4. St Peter RF, Reed MC, Kemper P, Blumenthal D. Changes in the scope of care provided by primary care physicians. *N Engl J Med* 1999 Dec 23; 341 (26): 1980-5.
5. Sousa JC. Ups, será que é MUPS? *Rev Port Clin Geral* 2006 Mai-Jun; 22 (3): 277-9.
6. Nunes JM. Senhor Director da RPCG. *Rev Port Clin Geral* 2006 Jul-Ago; 22 (4): 513-5.
7. Stange KC, Ferrer RL. The paradox of primary care. *Ann Fam Med* 2009 Jul-Aug; 7 (4): 293-9.

CONFLITO DE INTERESSES

A autora não tem conflito de interesses.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

director@rpcg.apmcg.pt