

O médico de família do futuro

Três modelos de actuação, cinco atributos e cinco aptidões essenciais.*

LUÍS REBELO**

Resumo

O autor tendo por base a definição de Leeuwenhorst de Clínico Geral e o conteúdo da proposta de redefinição do perfil profissional de Olesen e outros discorre, numa Parte I do artigo, sobre três modelos de actuação do médico de família para o Século XXI - o modelo clínico, o modelo de gestão e o modelo cívico.

Numa Parte II, igualmente, apresenta cinco atributos emergentes e cinco aptidões essenciais do profissional médico que ao nível dos cuidados de saúde primários o caracterizam e lhe perspectivam a acção.

Palavras-chave:

Perfil Profissional, Médico de Família, Modelos de Actuação.

O Médico de Família deve ser um cientista profundamente humano

Nuno Grande, JN 10.2000

Quando falamos de médico de família estamos a falar de que tipo de médico? Temos uma definição que nasceu na Europa em Leeuwenhorst¹ nos anos 70 e que ainda hoje retrata bem este profissional - é longa, o que é mau, é utópica, o que é bom. Diz assim, no seu 1.º parágrafo, o mais importante - «O clínico geral é um médico graduado que presta cuidados pessoais, primários e continuados, a indivíduos, famílias e a uma população definida, indepen-

dente de quaisquer critérios de idade, sexo ou tipo de doença».

Esta histórica definição proposta por um grupo de médicos de família europeus, e em que Portugal esteve representado pelo Dr. Vitor Ramos, contem conceitos da maior importância ainda hoje actuais que se podem sintetizar em palavras chave (Quadro I).

Muito recentemente, no Congresso da WONCA em Viena, foi apre-

sentada por Olesen e outros, uma nova definição que se encontra em discussão.

«O médico de família é um especialista preparado para trabalhar na primeira linha do sistema de saúde e dar os passos iniciais na prestação de cuidados para qualquer problema de saúde que os pacientes possam ter. O médico de família presta cuidados a indivíduos inseridos numa sociedade, independentemente do tipo de doença ou outras características pessoais ou sociais, e organiza os recursos disponíveis no sistema de saúde no melhor interesse dos pacientes. O médico de família compromete-se com indivíduos autónomos através dos campos da prevenção, diagnóstico, cura, cuidados e tratamentos paliativos, através da utilização e integração das ciências biomédicas, psicologia e sociologia clínicas»².

No quadro seguinte apresento um comentário síntese ao que se pode considerar como os recuos e avanços inerentes a esta definição (Quadro II).

Modelos de Actuação

Tal como escreveu Rudebeck³, não existe melhor forma de definir a Medicina Geral e Familiar (MGF) - que descrever a prática clínica do médico que a exerce.

O médico de família tem «valor de

QUADRO I

PALAVRAS-CHAVE

Médico Graduado	→	Formação complementar
Cuidados Primários	→	1.º Nível de Cuidados
Cuidados Continuados	→	Segue a vida da Pessoa e do Problema de Saúde
Indivíduos e Famílias	→	Foco de Acção
População Definida	→	Lista de Utentes
Sexo, Idade e Doença	→	Generalista

*Texto adaptado da conferência proferida no I Encontro Luso-Brasileiro de Medicina Geral, Familiar e Comunitária. Rio de Janeiro, 24 a 27 de Outubro de 2000.

**Professor Auxiliar de Medicina Geral e Familiar da Faculdade de Medicina de Lisboa. Médico de Família do Centro de Saúde de Alvalade.

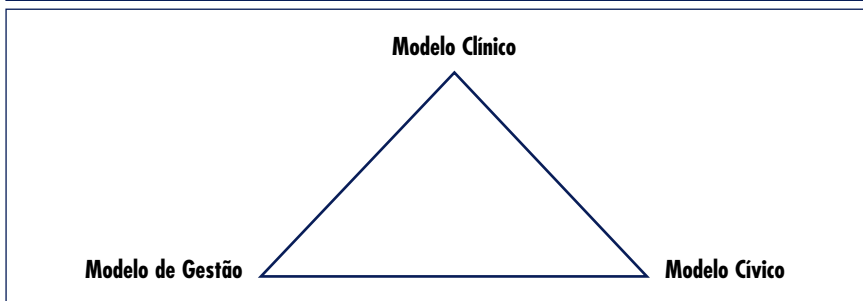
QUADRO II

RECUOS E AVANÇOS NA DEFINIÇÃO DE OLESEN

RECUOS	AVANÇOS
1. Médico de «1.ª linha» e dos passos iniciais. «Sinaleiro». Sem continuidade.	
2. Cuidados a indivíduos sem referência à família.	
3. Organiza os recursos disponíveis. Postura medicocêntrica, sem equipa.	
	4. Espectro de acção definido – prevenção, diagnóstico, cura, paleação.
	5. Contributo Ciências Biomédicas, psicológicas e sociológicas.

QUADRO III

**MÉDICO DE FAMÍLIA SO SÉC. XXI
MODELOS DE ACTUAÇÃO**



mercado» na sociedade actual por ser um profissional que tem para oferecer «modelos de actuação» e um perfil profissional, ou seja, um conjunto de capacidades que o tornam desejável e querido pelas administrações e pacientes (Quadro III).

Modelo Clínico

Antes de mais o médico de família continua e continuará a ser um Médico Clínico. É um Médico, do latim «*medicu*» - aquele que trata, que cura/cuida, o mágico. É um Clínico, do latim «*clinos*», aquele que observa o doente «deitado», numa cama hospitalar ou no domicílio ou num catre de um consultório, num caso ou

noutro, segundo um «método» reconhecido e aceite inter pares.

Este médico é Pessoal na medida em que existir um vínculo de confiança com o paciente que o escolheu e o mantém como o «seu médico» numa base ética de liberdade de escolha do médico pelo doente e com códigos de conduta recíprocos reconhecidos e praticados ao longo do tempo.

Este médico está instruído/formado na «morbilidade prevalente da comunidade» e está capacitado para resolver 80% a 90% dos problemas de saúde apresentados pelos pacientes, quando e se for o médico do 1.º contacto integrado num sistema

de saúde organizado por níveis de cuidados.

A *praxis* clínica do médico de família, tal como a de qualquer outro médico, assenta num modelo teórico – o modelo biopsicossocial. A passagem da teoria à prática só é possível porque existe um método clínico.

Mc Whinney e colaboradores propõem o método clínico «centrado no paciente»⁴ como aquele que, assumindo teoricamente o modelo biopsicossocial, melhor corresponde à realidade da disciplina de Medicina Geral e Familiar.

Essencialmente propõe que, em toda a consulta, o médico, para além da tradicional «agenda do médico», conceda igual importância à «agenda do doente». O que se pede ao médico é que igualmente considere o significado do adoecer para o doente, nomeadamente as suas expectativas, os sentimentos e temores sobre a influência que a doença terá na sua vida e na dos seus familiares.

A aplicação deste método clínico tem importantes e decisivas implicações, tanto na classificação nosológica dos problemas de saúde como no tipo de raciocínio clínico e no processo de tomada de decisão usado e, ainda, nos planos terapêuticos.

É a postura do médico e a sua acção que estão em causa.

Este clínico vai ter que responder, no seu dia a dia, a uma «alta incidência de doenças agudas e de curta duração, muitas delas transitórias e auto-limitadas, uma prevalência de doenças crónicas e também uma alta prevalência de problemas de comportamento. Ao contrário do esperado, os doentes não apresentam queixas físicas ou comportamentais de *per se*, mas sim queixas indiferenciadas e de tipo prodrómico»⁵.

Jordão caracterizou a prática do médico de família em Portugal, segundo os vinte primeiros diagnósti-

cos, numa amostra representativa dos médicos do Sul do país. Os seus resultados confirmam os de outros estudos internacionais (Quadro IV)⁶.

Este médico, por si ou em equipa, vai ter que se assemelhar muito a um psicoterapeuta ou a um terapeuta familiar. Os pacientes e as famílias solicitam-no e necessitam. O aconselhamento deve ser credibilizado e bem pago. É um tipo de trabalho de índole preventivo que terá grande impacto. O apuro das suas capacidades diagnósticas em situações de violência doméstica e nos diferentes tipos de dependência será determinante. O trabalho terapêutico individual e/ou familiar que pode passar por intervenções simples, evitando a transmissão de padrões repetitivos de doença, comportamento ou relacionamento no seio de uma família, tenderão a tornar o

médico de família um dos profissionais charneira do sistema de cuidados de saúde.

Em síntese, segundo este modelo clínico, o médico de família é um médico pessoal e da pessoa global, especialista da relação médico - paciente e, assim, potencialmente um psicoterapeuta, assumindo-se, cada vez mais, como um promotor de saúde dos indivíduos e famílias que livremente o escolheram.

Modelo de Gestão

Quanto à actuação do médico de família é possível caracterizar um modelo de gestão.

Tudor Hart, um renomado GP inglês, apresentou a «lei dos cuidados inversos» nos idos anos 70, segundo a qual são os doentes crónicos, que menos necessitam, aqueles a quem prestamos melhores cuida-

dos⁷. Igualmente, escreveu que quanto mais liberais e desregulados são os sistemas de saúde mais verdade isto é e ainda que existe uma relação inversa entre a existência de uma Medicina Geral e Familiar forte num País e a aplicação desta lei. Este conjunto de afirmações dão que pensar e obrigam a rever a acção e a organização dos profissionais de saúde. O médico de família deverá, cada vez mais, assumir um papel de «filtro», ao não ser permitido ao paciente o acesso directo ao especialista hospitalar ou ao serviço de urgência hospitalar. A personalização, o conhecimento acumulado e o acesso a uma base de dados histórica de cada paciente permitem-lhe que a referência do doente a cuidados secundários ou terciários seja adequada, com um custo aceitável e, por vezes, mesmo «*life-saving*». Porque é um médico que usa baixa tecnologia, é um médico «barato», pelo menos muito mais «barato» que os seus colegas hospitalares.

Ao ter na sua mão a informação clínica, a confiança do paciente e o conhecimento privilegiado do sistema de saúde, o médico de família é instado, muitas vezes, a comportar-se como provedor do paciente. Seu representante perante terceiros, sejam eles pessoas, grupos ou interesses instalados. Igualmente com a complexidade organizativa das unidades prestadores de cuidados especializados, o paciente necessita de informação, apoio à decisão e, mesmo, defesa de direitos. Informar, educar, «traduzir», aconselhar, serão cada vez mais tarefas do médico do futuro.

As despesas com a saúde não cessam de crescer em todos os países. O aumento da longevidade da população, a medicina defensiva, o excesso de tecnologia, as novas doenças e suas terapêuticas e a procura do

QUADRO IV

VINTE PRIMEIROS PROBLEMAS DE SAÚDE NA AMOSTRA GLOBAL

COD	DESIGNAÇÃO	N	%	% CUM
K86	Hipertensão não complicada	3866	7,94	7,94
L84	Osteoartroses da coluna	3593	7,38	15,32
P74	Alterações ansiosas	1587	3,26	18,58
P76	Perturbações depressivas	1570	3,23	21,81
T90	Diabetes mellitus	1269	2,61	24,42
T93	Alterações do metabolismo lipídico	1254	2,58	26,99
L91	Outras osteoartroses	1226	2,52	29,51
T82	Obesidade	1172	2,41	31,92
K95	Veias varicosas	1167	2,40	34,32
K76	Cardiopatia isquémica crónica	797	1,64	35,95
L90	Osteoartrite do joelho	789	1,62	37,57
L85	Deformações adquiridas da coluna	741	1,52	39,10
R80	Gripe sem pneumonia	698	1,43	40,53
L95	Osteoporose	671	1,38	41,91
K90	Acidente vascular cerebral	627	1,29	43,20
D85	Úlcera duodenal	593	1,22	44,41
D87	Alterações funcionais do estômago	582	1,20	45,61
U71	Infecções urinárias	539	1,11	46,72
U95	Calculose urinária	516	1,06	47,78
R96	Asma	502	1,03	48,81

«corpo perfeito» e da «imortalidade», justificam a escalada de custos, um pouco por todo o lado.

O médico individual é o principal centro de custos de qualquer sistema. O médico de família é o principal prescritor de terapêuticas medicamentosas e de exames complementares. Este poderoso mercado passará, cada vez mais, pela capacidade de gestão do médico de família. Gestão da saúde individual, gestão de uma lista de utentes, gestão de um orçamento ou gestão de uma unidade de saúde familiar ou de um centro de saúde.

Assim, ao actuar segundo um modelo de gestão, o médico de família, de acordo com as suas potencialidades, terá cada vez mais um papel de «filtro» ao ser a porta de entrada do cidadão no complexo sistema de saúde, como agente humanizador ver-se-á na pele de provedor do paciente e pela posição que ocupa no terreno será confrontado com a necessidade de assumir uma quota parte na gestão.

Modelo Cívico

É necessário termos consciência que o Mundo é, cada vez mais, global e que o padrão de doenças do chamado «mundo desenvolvido» – cardiovasculares, oncológicas e degenerativas está em rápida evolução.

Segundo recente relatório da OMS sobre a Saúde do Séc. XXI vamos ter de concentrar os nossos esforços em três grandes áreas emergentes – ameaças ambientais (ar, água, químicos, camada de ozono, aquecimento do planeta), novas infecções (sida, ébola, tuberculose, dengue, colera, etc...) e patologias socio-comportamentais (violência, dependência química, problemas mentais e psicossociais)⁸.

Pode o médico de família manter-se alheado do que está a acontecer

à sua volta? no bairro, na aldeia ou na comunidade onde trabalha e a que pertence? De há muito que alguns, entre nós, defendem uma tónica comunitária para a prática clínica do médico de família.

Rosenblatt vai mais longe e apresenta um modelo em que acrescenta a dimensão ecológica às vertentes tradicionais⁹. Não é possível prestar bons cuidados de saúde individuais sem valorizar os diferentes contextos em que o paciente vive.

O exercício clínico organizado fora dos hospitais, sobretudo em sistemas de saúde tendencialmente universais e gratuitos, de cariz estatal, implicam que o médico de família e as equipas dos cuidados de saúde primários fidelizem as famílias de mais baixos recursos económicos, de menor escolaridade, com múltiplas morbilidades – muitas derivadas da exclusão social, diversidade étnica, multiculturalismo e migrações.

É bom não esquecer que a variável que mais explica o estado de saúde de um indivíduo é o nível educacional.

Uma resposta integrada a esta miríade de problemas de saúde confundem e obrigam o médico a pôr em causa o seu papel e postura majestática e científica evoluindo, por vezes, para uma intervenção cívica

de cariz humanista, humanitária, social, cultural ou mesmo política.

É o modelo cívico segundo o qual o médico de família exerce.

Referências bibliográficas

1. Leeuwenhorst Working Party. The General Practitioner in Europe. Leeuwenhorst. 1974
2. Olesen F, Dickinson J, Hjortdahl P. General practice – time for a new definition. *BMJ* 2000; 320: 354-7
3. Rudebeck CE. General practice and the dialogue of clinical practice. On symptoms, symptom presentations and bodily empathy. *Scan J Pri Health Care* 1992; 1 Suppl.
4. Stewart M et al. Patient – Centered Medicine. Transforming the Clinical Method. Sage Publications. 1995
5. Mc Whinney IR (editor). A textbook of family medicine. Oxford University Press. 1989.
6. Jordão JG. A Medicina Geral e Familiar. Caracterização da Prática e sua Influência no Ensino Pré-Graduado. Dissertação de Doutoramento. Faculdade de Medicina de Lisboa. Edição do Autor, 1995.
7. Hart JT. The inverse care law. *Lancet* 1971; 1: 405 – 12
8. Chen LC. World population and health. In: Institute of Medicine 2020 vision: health in the 21st century. Washington DC. National Academy Press 1966; 19: 15-23.
9. Rosenblatt RA. Family Medicine in Four Dimensions: Developing an Ecopsychosocial Perspective. *Fam Med* 29 (1): 49 – 53

Recebido em 20/03/2001

Aceite para publicação em 10/04/2001

Endereço para correspondência:

Luís Rebelo
Av. da República 2 – 10ºB
2685-232 Portela LRS
Tel. 219 430 777

THE FAMILY DOCTOR OF THE FUTURE

Three Action Models, five Attributes, and five Essential Skills

ABSTRACT

Based on the Leeuwenhorst definition of General Practitioners, as well as on the proposals of Olesen and others for re-defining the GP's professional profile, the author firstly discusses three action models for 21st century family doctors – a clinical, a management, and a civic model. In Part II, the author presents five emergent attributes and five essential skills which characterise and provide an activity framework for the primary care medical professional.

Key-words

Professional Profile; Family Doctor/Physician; Action Models.