



ORDEM DOS MÉDICOS
COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Doc. 071-2019

Parecer

Desafios de hoje à gestão da prática clínica de Medicina Geral e Familiar

Relator: Paulo Santos

A Direção do Colégio de Especialidade de Medicina Geral e Familiar recebeu um pedido de parecer, datado de 27/05/2019, contendo um conjunto de questões que podem ser sistematizadas em 4 grupos:

1. Aumento do volume de trabalho dos médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar
2. Gestão dos relatórios dos exames auxiliares de diagnóstico e terapêutica (EADT)
3. Sistemas de informação de apoio à consulta
4. A relação médico-doente

1. Aumento do volume de trabalho dos médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar

O aumento do volume de trabalho dos médicos, em geral, e dos especialistas em Medicina Geral e Familiar, em particular, é uma realidade. Os determinantes desta evolução são conhecidos e derivam do envelhecimento populacional, com aumento da prevalência da doença crónica, da globalização, com necessidade de encontrar respostas para problemas que não eram prevalentes no passado, da medicalização da sociedade, face à claudicação de sistemas de interação social compensatórios, como a família alargada ou as práticas religiosas, da instituição de uma cultura preventiva, com a identificação dos fatores de risco de doença e a introdução dos respetivos modelos de gestão de risco nos diferentes níveis de prevenção, da evolução tecnológica, com a introdução de novos e mais complexos processos de diagnóstico e de tratamento na prática clínica, da mercantilização da saúde, traduzida em modelos de gestão orientados à satisfação dos clientes, além da melhoria geral da acessibilidade aos cuidados de saúde que, reconhecidamente, aumenta também a procura de cuidados.

A doença aguda, de desfecho rápido, deu lugar à doença crónica, e o trabalho médico, ancestralmente centralizado na prestação de cuidados aos doentes, transferiu-se para um modelo de tipo deliberativo, baseado numa interação contínua de processos de saúde e de doença, mais integrador da pessoa, que agora assume responsabilmente um papel ativo no processo, e potencialmente mais eficiente. Esta evolução parece ser mais adequada aos desafios atuais em saúde. Na prática, em Portugal, assistimos a uma operacionalização na definição da carteira básica de serviços a que um médico de Medicina Geral e Familiar se compromete nas Unidades de Saúde Familiares (e também noutros modelos organizativos) e



ORDEM DOS MÉDICOS

COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

que deriva do próprio perfil do Médico de Família. Esta orientação trouxe estabilidade às funções do Médico de Família, mas é consumidora de tempo. Numa contabilização direta de necessidades e de recursos existentes, não é fácil encaixar no horário semanal contratado o conjunto de tarefas programadas para um ficheiro padrão de 1550 utentes, garantindo igualmente uma acessibilidade adequada às situações de doença aguda. Em Portugal, a opção política de atribuir um Médico de Família a todos os portugueses, ao invés de justificar a necessária alocação de recursos humanos, foi resolvida pelo aumento da carga assistencial dos médicos já existentes. Acresce na atual organização dos Cuidados de Saúde Primários um aumento das funções da área da saúde pública e não assistenciais traduzida em aspetos organizacionais e de gestão, muitas vezes sem uma contabilização efetiva da carga de trabalho inerente e implicando uma sobrecarga burocrática a maioria das vezes não justificada.

Mais tarefas, mais utentes, mais burocracia e os mesmos recursos humanos resultam num aumento real do volume de trabalho dos médicos especialistas em Medicina Geral e Familiar, e em níveis preocupantes de *burnout*, objetivados em vários trabalhos científicos recentemente publicados.

As respostas surgem do levantamento das necessidades: Tamanho adequado das listas de utentes, alocação de recursos humanos às reais necessidades dos serviços, redução da carga burocrática através de uma informatização eficiente e da transferência de tarefas que extravasam o âmbito do perfil do especialista de Medicina Geral e Familiar para outros grupos profissionais, sem prejuízo da necessária manutenção da integridade do ato médico.

2. Gestão dos relatórios dos exames auxiliares de diagnóstico e terapêutica (EADT)

Os EADT são elementos objetivos do exame do indivíduo e funcionam em complemento aos dados semiológicos da entrevista clínica e dos dados colhidos no exame físico e mental. É conhecido o poder simbólico que representam para a pessoa que os faz, sendo muitas vezes percebidos como um elemento de prova capaz de confrontar com a própria avaliação clínica.

A gestão dos EADT obedece à mesma lógica da gestão clínica de partilha de decisão entre médico e doente, com respeito pela autonomia, garantindo o benefício e evitando a não maleficência.

Assim, é aceitável qualquer solução quanto à orientação a dar aos relatórios dos EADT, desde que previamente aceite por ambos e integrada na normal relação médico-doente.

Outra questão tem a ver com a forma como o médico acede aos relatórios. O resultado dos exames pertence ao doente que dele fará o que melhor lhe aprouver. Em tese, se os exames são requisitados num determinado contexto clínico, é normal que sejam avaliados na continuidade do contexto que os justificou, pelo que cabe ao médico encontrar soluções de acessibilidade que o possibilitem, presencialmente ou à distância. Não obstante, o percurso dos resultados passa sempre pelo doente (seu titular) e pode acontecer que o doente decida, em autonomia e liberdade, que a avaliação dos exames em seu poder seja feita por outro médico que não o que os solicitou. Esta possibilidade implica que os



ORDEM DOS MÉDICOS

COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

relatórios devem ser entregues ao doente e é ele que decide a quem, como e quando os vai reencaminhar, seja em formato de papel, seja nos diferentes formatos desmaterializados que a evolução tecnológica nos disponibiliza atualmente.

Há ainda a possibilidade de os exames serem realizados, processados e relatados dentro da instituição de saúde. É uma estratégia comum e antiga nos hospitais e que temos vindo a verificar cada vez mais também nos Cuidados de Saúde Primários. O princípio é o mesmo. Os resultados dos exames pertencem ao doente e não à Instituição que os tem à guarda e como tal devem ser disponibilizados assim que possível ao seu titular.

Em qualquer dos casos, importa que os procedimentos estejam bem organizados de forma a evitar erros e perdas de informação, com definição explícita do percurso dos exames desde que chegam à unidade de saúde (seja em papel ou por via eletrónica) até ao médico que os avalia e no retorno que é obrigatoriamente dado ao doente, incluindo a intersubstituição em caso de ausência, e responsabilizando os vários profissionais da equipa de saúde envolvidos neste processo, sem descurar o dever de confidencialidade em relação aos dados de saúde.

As ausências são um aspeto importante. O médico deve exercer a sua profissão em condições que não prejudiquem a qualidade dos seus serviços e a especificidade da sua ação. Não é lícito exigir do médico uma disponibilidade acima do que é aceitável do ponto de vista deontológico, ético, moral e legal, seja por proposta da entidade patronal, ou por pedido do doente. Assim se constituíram as equipas que garantem a continuidade de cuidados apesar da descontinuidade de horários. Também aqui deve estar previsto de que forma são assegurados os cuidados na ausência programada ou inesperada de cada elemento da equipa.

3. Sistemas de informação de apoio à consulta

Vivemos num tempo tecnológico com uma velocidade muito grande na introdução de novas opções tanto de *hardware* como de *software*. Esta inovação constante mantém-nos entretidos com a novidade e sem capacidade para processar toda a informação disponível e para estabilizar os procedimentos.

Este fenómeno também se verifica na saúde e nos sistemas de apoio à consulta. Há uma embriaguez nos sistemas informáticos e na gestão que deles é feita, com multiplicação de aplicações para realizar as mais diversas tarefas de registo e colheita de dados, algumas duplicando a necessidade de registo, e outras duplicando-se nos objetivos que pretendem alcançar.

Esta manifesta desordem representa desperdício de trabalho médico, que consome tempo que deveria ser direcionado para a gestão da comunicação com o doente, para o raciocínio clínico e para a decisão terapêutica. A entropia criada pelos sistemas informáticos é geradora de insatisfação nos profissionais e nos utentes e é uma barreira significativa na relação médico-doente.



ORDEM DOS MÉDICOS

COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

É imperativo parar com a enxurrada de aplicações informáticas e exigir dos produtores dos sistemas informáticos que respeitem a relação médico-doente, em vez de obrigarem todos a adaptarem-se a modelos que poderão servir muitos objetivos, mas que, na prática, se distanciam de um formato orientado para o doente e para a clínica: que sejam sistemas de apoio à clínica e não barreiras à realização da consulta.

Um fenómeno ainda novo e pouco expressivo, mas que está em crescimento, é a possibilidade de o doente alimentar a sua base de dados em saúde, seja por registo direto dos seus valores numa qualquer aplicação, seja por registo automatizado a partir de sistemas de medição de funções orgânicas disponíveis através de múltiplos aparelhos periféricos acoplados a dispositivos eletrónicos de utilização diária, como *smartphones* ou *tablets*. Trará vantagens ao permitir incorporar dados do mundo real na avaliação de saúde, mas ainda temos muita incerteza sobre o impacto real para a saúde, sendo necessária mais investigação de qualidade que permita a utilização desta tecnologia. Infelizmente vemos com apreensão que o apertado sistema de validação dos medicamentos para utilização humana não tem sido seguido noutras tecnologias que vão sendo propostas, ou impostas, à prática clínica sem uma evidência suficientemente robusta que as valide.

4. A relação médico-doente

É na relação do médico com o doente que começa a história da Medicina. De um lado, alguém que necessita de ajuda para resolver o seu problema de saúde. Do outro, alguém que está disponível para se debruçar sobre a cabeceira do doente e velar pela sua saúde. No meio está uma interação única entre duas pessoas, de confiança, intimidade, respeito, dádiva, compromisso e capacitação. É esta relação que faz do ato médico uma arte e não apenas a aplicação de algoritmos de decisão baseados em modelos preditivos mais ou menos complexos.

Nos últimos anos, a medicina foi proletarizada e um terceiro elemento imiscuiu-se nesta relação. A relação deixa de ser a dois e passa a ter de responder a necessidades que não estavam no contrato inicial. Se do ponto de vista conceptual não muda o posicionamento de ambos, na prática existem demasiados constrangimentos que interferem significativamente na relação. Por isso discutimos se a lista de utentes deve ter um número de 8 ou 80, se aumenta ou se diminui, se as consultas são programadas ou abertas, se respeitamos a autonomia, mas eliminamos quem não cumpre, se cumpre tempos de consulta, tempo de espera e tempos de espera para consulta, entre muitos outros aspetos que constantemente ocupam os fóruns de debate e nos afastam da verdadeira missão, com prejuízo de todos, mas sobretudo das pessoas que continuam a pretender um médico que se debruce sobre a sua cabeceira e que as assista nos processos de saúde e doença.



ORDEM DOS MÉDICOS

COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Conclusão

O texto que o requerente remeteu à Direção do Colégio de Medicina Geral e Familiar é uma oportunidade de reflexão sobre aspetos fundamentais do exercício médico na nossa especialidade. Estamos na idade contemporânea marcada pelo iluminismo e pelo primado da razão e da ciência. O século XXI traz-nos uma evolução baseada na comunicação e na capacidade de gerir grandes quantidades de dados. Mas ao mesmo tempo que isto acontece num plano macro, as pessoas continuam a viver vidas de relação e a necessitar de um ombro empático capaz de ouvir, integrar a informação e devolver uma prescrição que de facto altere a sua história natural. É este o dilema: ser médico baseia-se no conhecimento profundo e atualizado, resultante da melhor investigação científica, mas filtrado por aquilo que é a sua experiência e o senso clínico e respeitando os valores, medos e expectativas dos doentes.

Conjugar esta medicina baseada na evidência com a prática centrada no doente resolve o dilema: qualquer sistema organizacional, cientificamente validado, é útil e eficaz se deixar o médico confortável e o doente satisfeito.

Lisboa, 20 de dezembro de 2019

A Direção do Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar

Aprovado por: André Reis, Joana Monteiro, Ivo Reis, Elsa Martins, Gonçalo Envia, Ana Luísa Bettencourt, Paulo Santos, Isabel Santos, Victor Ramos, Edite Spencer.