O PAPEL DA MEDICINA GERAL E FAMILIAR NO SNS: COMO ESTAMOS E PARA ONDE CAMINHAMOS?

Inês Rosendo[1,2]

[1] Assistente em Medicina Geral e Familiar, USF Coimbra Centro, ACeS Baixo Mondego
[2] Professora auxiliar convidada na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Há muito que apregoamos que a Medicina Geral e Familiar é o pilar do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Na verdade, vários estudos mostram a relação entre a saúde da população e o número de médicos de família e os números da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) de 2019 mostram a eficácia da MGF portuguesa, por exemplo, nas baixas taxas de hospitalizações evitáveis.[1,2] Em Portugal, de facto, o médico de família, além de ser a porta de entrada do sistema, especialista em sintomas indiferenciados e em ler indícios subtis, em fazer raciocínio clínico passo a passo, em lidar com a complexidade e a multimorbilidade, ainda é aquele que acompanha famílias e pessoas ao longo da sua vida, com foco no seu bem-estar a todos os níveis, atuando ao nível individual e da família e pensando ao nível coletivo/comunidade, fazendo jus às competências definidas pela WONCA/Euract.[3]

Os tempos peri/pós-pandémicos levam-nos a refletir sobre o presente, olhando horizontes de futuro, por ele estar de novo a ser (re)construído, tijolo a tijolo. A flexibilidade e capacidade de abrangência dos médicos de família foi muito útil ao SNS e aos portugueses em época de pandemia, conseguindo abarcar tarefas simultaneamente novas e complexas, de um dia para o outro, mantendo 95-98% das pessoas com COVID-19 seguidas por eles, em casa.[4] Mantiveram também abertos os ADR (atendimento a doentes respiratórios) na comunidade e apoiaram a organização da vacinação em massa que ainda decorre nos centros de vacinação e nos centros de saúde. Muito do que era o dia-a-dia foi destruído e isso obrigou a repensar a importância de cada passo e cada tarefa. E que melhor altura para redefinir o papel da Medicina Geral e Familiar no SNS senão aquele em que estamos, mais do que nunca, conscientes daquilo que é realmente essencial nesse papel e, mais do que isso, abertos a essa discussão?

É muito claro, há muito tempo, que a gestão de doenças agudas feita pelo médico de família, especialista em doença aguda comum e nas pessoas específicas que delas sofrem, resolve cerca de 90% dos problemas das pessoas de forma mais eficiente.[5] Torna-se urgente, no entanto, redefinir de novo o papel da articulação com os serviços de urgência hospitalares e com os serviços sociais e instituições de apoio aos pacientes e ainda rever o material que é essencial haver nos centros de saúde para poder de facto resolver estes problemas. É também muito claro que o seguimento de doenças crónicas frequentes e prevenção terciária é feita pelo médico de família. Agora torna-se essencial perceber como articular de forma mais célere e direta com os colegas hospitalares e gerir as pessoas num sistema (ainda) mais complexo que a sua multimorbilidade, num tempo em que as tecnologias de comunicação deveriam permitir acesso rápido à informação e contacto direto e rápido entre colegas. É também muito claro que o seguimento das pessoas desde a sua gestação até ao final de vida deve ser feito pelo seu médico de família, o médico que melhor a conhece. Mas agora torna-se urgente a definição e distribuição de tarefas entre os vários atores dos cuidados de saúde primários (enfermeiros, assistentes sociais, nutricionistas, psicólogos, profissionais do exercício físico, dentistas...) que, sendo dimensionados às equipas em número suficiente, poderiam ser orquestrados harmoniosamente na promoção do bem-estar de todos ao longo da vida, com ganhos em saúde bem superiores aos gastos. Se é muito claro que a primeira porta ser o centro de saúde é custo-benefício então tem de haver capacidade de dar resposta a quem os procura. Isto depende não só de haver quem atenda telefones e encaminhe e-mails mas também de uma diminuição da carga burocrática dos centros de saúde que se consegue com medidas tão simples como o desenvolvimento informático facilitador na obtenção de informação e documentos pelo cidadão e com a diminuição de obrigações que caem sobre estes locais sem que isso faça parte da sua diferenciação, consumindo cerca de 40% do tempo de um médico de família.[6] Como podemos focar-nos naquilo que o médico da complexidade e multimorbilidade sabe

fazer melhor se não há tempo para pensar e discutir os casos complexos em equipa? Como podemos focar-nos no paciente, no treino de competências de comunicação, que nos tornam mais eficazes na promoção da adesão, do bem-estar e da saúde das pessoas, se não temos tempo para o fazer, consumidos por tarefas que não são a nossa especialidade?

A história ainda tão recente de uma especialidade que nasceu da não especialização persegue os médicos de família apesar de toda a valorização por que têm lutado da Medicina Geral e Familiar. Entre a população, gestores, profissionais de saúde e os próprios colegas, sente-se a menorização de uma especialidade recente e que, estando tão próxima da simplicidade na comunicação com as pessoas, está tão próxima de uma complexidade invisível das mesmas. Alenta-nos ver a qualidade crescente da formação tão motivada pela exigência extrínseca e intrínseca dos jovens médicos de família e a motivação para a investigação crescente e intervenção na sociedade, que vai levando aos poucos a medicina geral e familiar a um patamar mais elevado na sua valorização, ainda que esta valorização fique muito aquém da qualidade que já adquiriu.

Deparamo-nos hoje, além destas questões, com desafios organizacionais e de gestão. Apesar de haver inúmeros locais com falta de médicos de família, por reformas precoces e em massa de uma geração que era abundante na nossa especialidade, a maioria destes locais não estão acessíveis para escolha nos concursos, que são lançados de forma irregular, e afastam os médicos de família do SNS. Além disso, a reforma formou unidades de saúde familiar (USF) com equipas motivadas por uma ascensão a um modelo remuneratório próprio que está cada vez mais longe das novas equipas, e que as faz desmotivar. O modelo de USF, que facilitou a modernização e horizontalização da gestão, colocou os cuidados primários na vanguarda da organização de serviços do SNS, mas também moldou e tornou os médicos de família tendencialmente prisioneiros de "clicks" e indicadores, levando alguns a perder o sentido do que fazem, desmotivando e saindo dos serviços. Perante esta desmotivação, todos estão alerta para perceber o que nos mantém no SNS a ser médicos de família, e, também, o que é ser médico de família, fora do serviço nacional de saúde. É urgente (re)definir então, afinal, o que é ser médico de família e partir desse sonho para lutar pelas condições que possam permitir que todos possam prosseguir o seu sonho. Pois, já dizia o poeta, "sempre que um homem sonha o mundo pula e avança como bola colorida entre as mãos de uma criança". E os médicos de família, sem dúvida, são a base colorida do mundo, que o pode fazer avançar. (Re)defina-se a Medicina Geral e Familiar portuguesa. Rumo ao sonho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1- Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *Milbank* Q. 2005; 83(3): 457-502.

2- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), *Portugal: Perfil de Saúde do País 2019*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, disponível em https://doi.org/10.1787/75b2eac0-pt.

3- Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. A Definição Europeia de Medicina Geral e Familiar (Clínica Geral/Medicina Familiar). *Rev Port Clin Geral.* 2005;21:511-6.

4- Santos I, Santos P, Ramos V, *et al.* Resposta à covid-19: o que foi feito e o que há para fazer. Gestão Hospitalar 2020;21:8-13.

5- Taylor RB. Categories of care in family medicine. *Fam Med.* 1981;8:7.

6- Granja M, Ponte C, Cavadas LF. What keeps family physicians busy in Portugal? A multicenter observational study of work other than direct patient contacts. *BMJ Open.* 2014;4:e005026.