

O DIÁRIO DO ORIENTADOR

JOSÉ FALCÃO TAVARES



Prémio **Bial**
de
Medicina Clínica 1990
1º CLASSIFICADO

JOSÉ FALCÃO TAVARES

O DIÁRIO DO ORIENTADOR

**FORMAÇÃO ESPECÍFICA
EM
CLÍNICA GERAL/MEDICINA FAMILIAR**

PORTO - 1991

O livro "O Diário do Orientador" foi publicado em 1ª edição pelos Laboratórios Bial com uma tiragem de 12.500 exemplares.

Execução Gráfica

Tipografia Nunes, Lda.

Depósito Legal n.º 43.527/91

Capa de: *João Machado*

COPYRIGHT 1991. José Manuel Falcão da Silva Tavares. Este trabalho está sujeito a Copyright. Todos os direitos estão reservados tanto no que diz respeito à totalidade como a qualquer das suas partes, especificamente os de tradução, reimpressão, transmissão por qualquer forma, reprodução por fotocopiadores ou sistemas semelhantes e arquivo em sistemas de informática.



BIOGRAFIA DO AUTOR

José Manuel Falcão da Silva Tavares é natural de Abrantes, onde nasceu a 15 de Julho de 1953. Concluiu a licenciatura na Faculdade de Medicina de Lisboa em Agosto de 1976 com a média final de 14 valores.

Sócio fundador da Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral, criou em 1988 o jornal "Médico de Família", do qual é director.

Foi co-autor do projecto do "Ficheiro-Piloto" da APMCG, em 1987, colaborando em vários grupos de trabalho.

Publicou e apresentou diversas comunicações científicas.

Em 1988 foi premiado pelo Instituto de Clínica Geral da Zona Sul e pelo Laboratório Upjohn como co-autor de "Prevalência de Perturbações Mentais na Consulta de Clínica Geral".

Participou como Orientador de Formação Específica nos 2.º e 3.º Programas de Formação Específica em Clínica Geral/Medicina Familiar, convidado pelo Instituto de Clínica Geral da Zona Sul em 1989 e 1990.

É presentemente Assistente de Clínica Geral no Centro de Saúde de Abrantes, grau obtido em concurso de provas públicas em 1989 com a classificação final de 18 valores.

É presidente da Direcção Distrital de Santarém da APMCG.

À minha mulher e aos meus filhos

Í N D I C E

ÍNDICE

RESUMO

CAPÍTULO I

1 - OS INSTITUTOS DE CLÍNICA GERAL	16
2 - O QUE HÁ PARA APRENDER. I	21
3 - O QUE HÁ PARA APRENDER. II	24
4 - OS CORREDORES DA LIBERDADE	28
5 - A TERMINOLOGIA. I	32
6 - A TERMINOLOGIA. II	35
7 - O DIÁRIO DO ORIENTADO	38
8 - TÉCNICAS BÁSICAS	41
9 - O IMPACTO INSTITUCIONAL	44

CAPÍTULO II

10 - SIDA, QUE FAZER?	47
11 - O CASO DE ANDREIA	49
12 - O QUE PARECE, É	54
13 - AVENTURAS DO PRIÃO	58
14 - EQUIPAS MULTIDISCIPLINARES	60
15 - QUAL É A TUA OPINIÃO?	63
16 - A HISTÓRIA DE PAULA	65
17 - A MINHA FILHA FUMA	69

CAPÍTULO III

18 - VOU FALAR-VOS DE	77
19 - O TELEFONE	81
20 - VISITAS DOMICILIÁRIAS	90
21 - O CÍRCULO FAMILIAR	100
22 - O APGAR FAMILIAR	107
23 - O "CHECK-UP"	111
24 - AS NINHARIAS	119
25 - O MANUAL DE APOIO	123

R E S U M O

RESUMO

Porque escrevemos um diário? Já nos interrogámos... Talvez porque, contrariamente aos outros géneros literários, o diário não acaba.

O diário recomeça no outro dia.

O diário, mesmo se começa por uma tarefa (escreve sobre a tua experiência como Orientador de Formação Específica), transforma-se de pressa num processo...

... O processo de continuar a aprender. Por isso, fecho o diário, e o abro.

Quero contar-vos o que penso, o que os outros pensam, e o que pensamos uns dos outros. É o que se passa nos pequenos grupos, onde a aprendizagem da Clínica Geral/Medicina Familiar encontra a pedra-de-toque.

O diário conta-vos.

O conteúdo da Clínica Geral/Medicina Familiar não é definido pelos médicos, mas pelos pacientes. Observamos os problemas, toda a espécie de problemas que eles nos trazem.

Frequentemente, temos dúvidas. Alguém diz: "Esta tosse está de pernas para o ar". Ou ainda: "Tudo estaria bem, se não fosse a febre da tarde".

Tropeçamos com um sintoma cujo significado não entendemos até que o olhemos bem, mas depois de colocá-lo no seu respectivo lugar, dentro do contexto de toda a doença. E esclarece-se logo o diagnóstico, como Ian Macwhinney ilustrou.

O diário conta-vos como se resolve o quebra-cabeças. São todos diferentes os quebra-cabeças. São todos os dias outras cabeças e outras sentenças.

Que interesse poderá ter dizer-vos se o grupo em que participei como Orientador foi co-activo ou interactivo?

Talvez tenha...

Inicialmente, orientado para a tarefa (comunicar uma revisão sobre otites na criança), o grupo discutia o tópico escolhido. O Orientador concentrava-se na manutenção das regras do jogo.

Com maior experiência adquirida e um grupo mais aberto, o Orientador utilizou na mesma reunião diversas estratégias. Cada orientado apresentava o seu caso-problema, o resumo de um artigo para comentar e, a seguir, o Orientador interpelava todos os membros do grupo sobre uma

mesma questão: por exemplo, qual é a vossa posição **pessoal** sobre Le Patriarche?

E porquê?

O diário conta-vos.

Como um clima descontraído e uma atitude de cooperação podem desencadear um estímulo profissional de aprendizagem/ensino.

Como salienta Wesley Fabb, a discussão em grupo desempenha um importante papel na mudança de atitudes em Clínica Geral/Medicina Familiar.

Isso o pudemos comprovar na prática. Há uma diferença de linguagem e de filosofia entre a formação centrada no ensino (as tarefas A, B e C) e a formação centrada na aprendizagem (como farias tu, neste caso?).

Porque tivemos a ousadia de abordar todas estas questões n'«O Diário do Orientador», a partir da nossa experiência pessoal?

Para o explicar socorremo-nos de um português, o padre António Vieira: "Quando David saíu a campo com o gigante, ofereceu-lhe Saul as suas armas, mas ele não as quis aceitar. Com as armas alheias ninguém pode vencer, ainda que seja David."

É a primeira obra sobre Formação Específica em Clínica Geral/Medicina Familiar, escrita por um autor português, na sua língua materna. Contém aspectos filosóficos e metodológicos, instrumentos de trabalho, resolução de casos-problema, experiências em grupo. É essencialmente prático, e com o cunho autêntico que um diário sempre confere.

LEITURAS

- Fabb, W. "Princípios da Gestão Clínica em Cuidados Primários." MTP Press Limited, 1984.

- Carmichael, L. Uma maneira diferente de ser Médico. *Family Medicine*, 1985; 17 (5).

- Macwhinney, I. Uma introdução à Medicina Familiar. Oxford University Press, New York, 1981.

- RCGP, "O Clínico Geral do Futuro". Edição portuguesa publicada pelo Dept. de Clínica Geral da Faculdade de Medicina do Porto, 1990.

CAPÍTULO I

SÍSIFO

Recomeça...
Se puderes...
Sem angústia e sem pressa.
E os passos que deres,
nesse caminho
duro do futuro,
dá-os em liberdade.
Enquanto não alcances
não descanses.
De nenhum fruto queiras só metade.

E, nunca saciado,
vai colhendo
ilusões sucessivas no pomar.
Sempre a sonhar
e vendo,
acordado,
o logro da aventura.
És homem, não te esqueças!
Só é tua a loucura onde,
com lucidez, te reconheças.

Miguel Torga, DIÁRIO XII

1 - OS INSTITUTOS DE CLÍNICA GERAL

Os médicos que escolhem o internato complementar de Clínica Geral ingressam num processo de formação idêntico ao das outras carreiras. Existe actualmente uma só via para ser especialista.

No entanto, quando a carreira de clínica geral foi criada em 1982, um número avultado de médicos foi colocado por todo o país a desempenhar funções sem ter recebido o treino vocacional específico - o internato complementar.

Por isso, surgiu a partir de 1986 a Formação Específica em Exercício. Dirigida pelos três Institutos de Clínica Geral (Norte, Centro e Sul), desdobrava-se em três etapas: Ensino de Sala (250 horas), Reciclagem Hospitalar (350 horas), Exercício Orientado (600 horas).

Seria fácil carpir as mágoas de todo este processo em que fomos protagonistas. Gostaria de citar, apenas, parte da intervenção de Margarida Agostinho, médica de Clínica Geral/médica de família, no Forum de Clínica Geral em 28 de Janeiro de 1989: "Convocar Clínicos Gerais para a Formação não definindo as regras do jogo, isto é, perspectivas futuras, exames, colocação no grau seguinte da carreira, é desleal, é desmobilizador (...)".

Cedo se revelou crucial a aprendizagem através do Exercício Orientado, no próprio local de trabalho dos médicos em formação.

O Exercício Orientado decorreu entre 2 de Julho de 1990 e 31 de Janeiro de 1991, relativamente ao 3º programa.

METODOLOGIA

No início, realizava-se uma reunião preparatória entre os orientadores, os médicos de clínica geral/médicos de família em formação, e a equipa coordenadora do Instituto de Clínica Geral.

Era divulgada a natureza e características do processo formativo, sendo feita a distribuição de quatro médicos em formação por cada orientador.

O primeiro passo era uma entrevista entre o Clínico Geral em Formação e o Orientador para preencher um inquérito, definindo a sua lista de utentes, grupos de risco, projectos em que participou, bibliografia que utiliza ou conhece. Seria útil para identificar necessidades formativas.

O segundo passo era planejar o Exercício Orientado de modo a cumprir o desempenho de 26 tarefas, algumas das quais facultativas. Eram previstas estratégias de aprendizagem, calendário de reuniões, visitas ao local de trabalho, processos de avaliação.

O terceiro passo constaria do relatório do Exercício Orientado, traduzindo de forma dinâmica o cumprimento das tarefas e o desenrolar do plano.

Finalmente, haveria uma avaliação mútua dos intervenientes segundo grelhas próprias, e a intervenção de júri qualificado.

ANÁLISE CRÍTICA

Como ultrapassaram as dificuldades e realizaram a viagem em comum que a Orientação profissional deve ser?

Qual é o balanço do desempenho, nos vários contextos formativos (o indivíduo, os grupos, o Centro de Saúde, a equipa, a comunidade)? É prematuro realizá-lo, e uma tarefa complexa.

Este Diário está marcado por atitudes positivas, e não vamos desviar-nos do caminho escolhido. A análise crítica é indispensável, contudo, para triunfar de nós próprios.

Em termos caricaturais, o Exercício Orientado pareceu mais uma encomenda de tarefas, "o trabalho de casa" do que um processo de formação de adultos.

Como exemplo, a modificação dos planos individuais para um único estereótipo, após a correcção sugerida pelo Grupo de Apoio aos Orientadores.

Como exemplo, a pouca liberdade do Orientador, muito limitado na sua acção pelo volume e natureza das tarefas exigidas aos orientados, muitos deles com módulos e reciclagens hospitalares por cumprir.

Como exemplo, a falta de especificidade do processo formativo: quer o trabalho em equipa, quer a gestão participada por objectivos, nos Centros de Saúde, foram ignorados como contextos formativos, quer no Exercício Orientado, quer nas outras etapas da Formação.

Ainda como exemplo, o estatuto precário concedido aos Orientadores. Não existe uma regulamentação da sua existência, compatível com um regime de trabalho e um regime remuneratório. A sua situação no próprio local de trabalho é de tolerância vigiada e, por vezes, de desconfiança. Para coroar esta situação, muitos orientadores não rece-

beram formação de "formadores".

Nestas condições o impacto do Exercício Orientado é claramente diminuído na área da investigação, na dinamização do Centro de Saúde e na formação contínua.

ALGUMAS PERSPECTIVAS

A publicação da portaria 425/90, e o novo modelo aí definido, favorecem a descentralização e a personalização, dois vectores essenciais para evitar a formação centrada no ensino.

Prevê-se no 5.º Programa de Formação em Exercício, o início de funções do Orientador coincidindo com a abertura do programa. O acompanhamento feito pelo Orientador proceder-se-á pelas três etapas do processo.

Se o enquadramento legislativo se modificou, serão também modificadas as limitações existentes no 3º programa, e descritas atrás?

Não é desejável que se mantenha a preocupação pela avaliação do Exercício Orientado (alibi para o grande volume e pormenor de tarefas), acima da preocupação pelo resultado final de aprendizagem.

Além de tarefas obrigatórias, em número mais reduzido (caracterização do ficheiro, identificação de grupos de risco, aplicação de métodos de anotação, e estudo da família), deverão ser fornecidos outros instrumentos e outras oportunidades.

A promoção de verdadeiros exercícios dirigidos à prática clínica, a resolução de casos-problema, a participação na gestão de programas do Centro de Saúde, as consultas ombro-a-ombro, a criação de um glossário em cuidados de saúde primários, a avaliação de qualidade no seio da equipa de saúde são alguns instrumentos para atingir os verdadeiros fins da Formação Específica.

A criação de atitudes, nesta fase do processo histórico, será a prioridade das prioridades. Como obtê-la?

Este Diário testemunha alguns dos processos utilizados para o efeito. O trabalho em pequenos grupos, através dum modelo coactivo ou interactivo (muitas vezes, alternadamente), permite modificar atitudes erradas, e criar atitudes novas.

OS PEQUENOS GRUPOS

No capítulo II do nosso Diário, teremos vários exemplos de participação e partilha de crenças e valores. O modo de procurarmos resolver problemas de saúde a um determinado paciente será influenciado pela forma como outro colega o fez, no grupo.

Quando transmitem as suas ideias através de palavras, alguns médicos em formação coram, gaguejam, cometem erros, mas expõem-se e observam a reacção das suas palavras.

É uma prova necessária à sua formação. Cada um dos médicos em formação sabe que terá oportunidade para falar, também, para testemunhar os anos de experiência clínica. E para ser ouvido.

"O importante, no seio do grupo, não é aquilo que o Orientador diz" segundo Abbatt (TEACHING FOR BETTER LEARNING). "É aquilo que cada médico em formação diz que vai produzir o maior efeito".

Que posição deve ter o Orientador na gestão do espaço e do tempo destes grupos? Deve falar o menos possível, fazendo circular a informação e procurando o efeito do espelho. É disso exemplo "Qual é a tua opinião?" (capítulo II).

O seu papel está longe de ser passivo. A oportunidade para lançar a discussão no grupo é da sua responsabilidade, a natureza dos temas, por vezes, também.

Deve solicitar resposta a questões muito concretas ou de natureza polémica. Por vezes, o uso de perguntas indutoras e fechadas é útil ("concordas com o envio de crianças saudáveis ao Pediatra?").

Deve desempenhar uma função moderadora. O tímido deve ter tempo para se expressar, e os mais exibicionistas poderão ser estimulados a precisar as opiniões peremptórias.

Em circunstâncias raras, o Orientador deverá dar a sua opinião neste processo.

É provável que durante o Exercício Orientado, o Orientador sinta também necessidade de expôr as suas fichas familiares, como matéria sujeita a crítica, ou que apresente um tema mal amado para mostrar a utilização correcta do retroprojector ou do uso de "slides".

Uma palavra final para a grelha de avaliação do Orientador: é de boa qualidade. O processo de avaliação é uma oportunidade de enriquecimento mútuo, como poucas vezes um profissional virá a ter.

LEITURAS

- FORMAÇÃO ESPECÍFICA EM SERVIÇO

3.º Programa - exercício orientado. Instituto de Clínica Geral da Zona-Sul, Junho 1990

- ALGUMAS PERSPECTIVAS

Portaria n.º 425/90 de 11 de Junho, Diário da República n.º 134, pág. 2527-2530.

- OS PEQUENOS GRUPOS

Abbat F R. Ensinar para melhor aprender. Um Guia para Formadores de Profissionais dos Cuidados de Saúde Primários. OMS, Genebra, 1980.

- FORMAÇÃO MULTIPROFISSIONAL

Documento de trabalho - 3.º Encontro Internacional para o Desenvolvimento da Formação Multiprofissional. Ed. Departamento de Recursos Humanos, Ministério da Saúde (s/ data).

- APRENDIZAGEM EM PEQUENOS GRUPOS

RCGP. O Clínico Geral do Futuro. Edição portuguesa publicada pelo Departamento de Clínica Geral da Faculdade de Medicina do Porto, 1990.

**DISTRIBUIÇÃO
DA CARGA HORÁRIA****QUADRO 1**

2.º PROGRAMA DE FORMAÇÃO ESPECÍFICA EM
CLÍNICA GERAL / MEDICINA FAMILIAR
EXERCÍCIO ORIENTADO - INST. CL. GERAL

	JUN.	JUL.	AGOS	SET.	OUT.	NOV.	DEZ.	JAN.(*)	TOTAL
REUNIÃO COM ICGZ/ORIENTADORES	14.5	0.5	—	10.5	0.5	3	2.5	1	32.5
REUNIÃO COM ORIENTADOS	4.5	13.0	4.5	9.5	9.5	6.25	7.5	3.5	58.25
PREPARAÇÃO DE REUNIÕES	9.25	7.0	3.0	4.75	1.5	0.5	4.75	0.5	31.25
VIAGEM	16.25	4.0	1.0	4.0	3.0	1.0	6.0	1.0	36.5
TOTAL	44.5	24.5	8.5	28.75	14.5	10.75	20.75	6.0	158.50

PERÍODO: JUNHO 1989- JANEIRO 1990

FUNÇÃO: ORIENTADOR DE FORMAÇÃO

REGULAMENTO: PORTARIA 712/86

N.º DE ORIENTADOS: QUATRO

(*) - Contagem subestimada

2 - O QUE HÁ PARA APRENDER - I

Em Portugal, houve um numeroso grupo de médicos que, a partir de 1982, abandonou a experiência hospitalar e os grandes centros urbanos para ingressar numa nova carreira médica.

A carreira de clínica geral sofreu verdadeiros tratos de polé, sobretudo por questões relacionadas com a estrutura (más instalações, escasso equipamento e número de profissionais) e os processos (burocratização, falta de autonomia nos Centros de Saúde, sistemas de comunicação bloqueados).

Valia a pena ser médico de Clínica Geral? O que era ser médico de Clínica Geral? Ter lista de utentes era útil? E a divisão por famílias era recomendável, também? Quem era bom médico de Clínica Geral?

Se, em 1986, o início da Formação Específica em Serviço veio fornecer algumas respostas, criou novos problemas estruturais, de processos e de resultados. Os médicos de clínica geral, ausentes por longos períodos da localidade onde residiam e trabalhavam, não viam na passagem pelo hospital ou pelos cursos do Instituto de Clínica Geral uma compensação para si e para os seus utentes.

Valia a pena a Formação Específica? Para que servia? Onde se devia realizar? Durava muito tempo ou pouco tempo?

A principal crítica estava consubstanciada nesta perversão: o processo baseava-se no ensino, e não na aprendizagem.

Frequentemente, nas salas, os grupos elevavam-se num verdadeiro tumulto. As condições relacionadas com o contexto da aprendizagem (motivações, forma de acesso, local dos cursos, prejuízos pessoais e familiares) eram tão poderosas que as estratégias, quando existiam, se tornavam obscuras ou deslocadas.

O trabalho pioneiro produziu mais tarde os seus frutos (entre os diversos contributos, lugar de destaque para a Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral).

Foram corrigidos os contextos de aprendizagem, favorecidos processos mais adequados a uma estratégia formativa, e houve até quem aproximasse a Formação Específica em Serviço da gestão participada dos Centros de Saúde (ARS de Beja).

Como sucedeu esta mudança?

Através da experiência e dos erros cometidos pelos Institutos de Clínica Geral, através de diálogo que permitiu a revisão da portaria sobre Formação Específica em 1990, através da própria evolução dos conceitos formativos.

Na verdade, a "Declaração de Edimburgo" sobre Educação Médica, surgindo em 1988, lança luz sobre a matéria.

Em 16 de Novembro de 1989, o Eng. Roberto Carneiro, Ministro da Educação, ao dar posse à Comissão Interministerial de Revisão do Ensino Médico, salienta uma das profundas transformações que aquela Declaração propõe às Universidades e aos Governos.

"A necessidade de o ensino médico se estender para fora dos hospitais centrais que têm tido o seu exclusivo".

Continua o Ministro da Educação: "É no cenário do Centro de Saúde que os estudantes poderão encontrar o verdadeiro objecto da sua

dedicação, o homem total, inserido na sua trajectória social e vital em vez dos seres diminuídos, retalhados em aparelhos ou órgãos doentes, despersonalizados e aculturados, que povoam os hospitais " .

Esta deslocação do local de formação é, naturalmente, para o estudante de Medicina e para o médico de Clínica Geral, frequentando Formação Específica em Exercício, de incalculável interesse.

Duas consequências relevantes foram a criação de cadeiras de Clínica Geral/Medicina Familiar/Medicina Comunitária em Lisboa, no Porto e em Coimbra, e a passagem do Exercício Orientado de etapa a estratégia da Formação Específica.

Tudo se passou no espaço de três anos (1987-1990), mas, estamos certos, resultou de sucessivos esforços e fracassos, e grandiosas utopias.

Esta associação entre Educação e Formação, esta mútua dependência, não surge por acaso. Trata-se de um processo contínuo em que a graduação surge como um incidente significativo, apenas.

LEITURAS

- ENSINO MÉDICO

Carneiro R. A Revisão do Ensino Médico. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, Janeiro 1990.

3 - O QUE HÁ PARA APRENDER - II

**"Passamos pelas coisas sem as ver,
gastos como animais envelhecidos"**

Eugênio de Andrade

Estamos treinados para reproduzir a sequência de abordagem, centrada no médico: queixa - investigação - diagnóstico - prognóstico - intervenção. Na realidade, este tipo de abordagem é-nos útil em cerca de 30% das consultas ou entrevistas. E nas outras?

Ficariamos muito surpreendidos com os efeitos obtidos por pequenas modificações no contexto da consulta.

Se for retirada uma cadeira do consultório, o tempo ocupado pelo casal de meia-idade no consultório é mais curto.

Se na sala de espera colocar um belo aquário e peixes coloridos, a agressividade naquele espaço baixa drasticamente.

Trata-se do contexto externo de consulta.

Por exemplo, "o aparente estoicismo de alguns operários ou imigrantes em relação ao sofrimento físico pode não ser devido a ignorância ou a baixo limiar de dor — mas muito mais à longa experiência com médicos de classe média que lhes impuseram estes estereótipos".

Se o médico esteve de serviço na urgência hospitalar, durante a noite anterior, a disposição é péssima.

Trata-se do contexto interno, quer do paciente, quer do médico.

São capazes de influenciar o desenrolar da entrevista, tanto como o contexto externo.

O que há para aprender? Como aprender?

Num grupo pequeno de orientados e orientadores, o comentário sobre o resumo de um artigo publicado recentemente transmite conhecimentos sobre o assunto em causa. Podem-se adquirir, também, atitudes específicas na abordagem de um utente-problema ou, ao expor oralmente, treinar as aptidões de comunicação.

Se numa dramatização gravada em vídeo representar o papel de marido de uma utente mal atendida (processo conhecido como "roleplay"), está modificando a atitude habitual perante estas quezílias.

E acha que comunica bem com os utentes? É possível quantificar, objectivamente, a estrutura da entrevista e a comunicação entre médico e doente?

François Lehmann, professor de Medicina Familiar no Canadá, e outros profissionais de saúde conseguiram elaborar e validar uma grelha de avaliação sobre a interacção médico-paciente. Quanto à introdução da entrevista, observaram o comportamento de ambos, sob gravações de vídeo.

Os parâmetros utilizados nesta avaliação **quantitativa** da introdução da entrevista foram:

- cumprimenta o paciente, verbalmente
- estabelece contacto visual, enquanto cumprimenta o paciente
- menciona o seu nome (na primeira visita)
- menciona o seu título profissional como médico (na primeira visita)
- cumprimenta pessoalmente todas as pessoas que acompanham o paciente
- se o paciente surge acompanhado por alguém, pergunta acerca do parentesco entre eles
- indica ao paciente a sua cadeira

É natural que possamos seguir o exemplo de John Marwick, em breve. Este é o Director Nacional do Programa de Formação do Colégio de Medicina Familiar, na Nova Zelândia.

Juntou num debate oito utentes e seis médicos de família (três dos quais orientados).

Foi a oportunidade para explorar e conhecer as crenças, valores e atitudes de todos.

Algumas das questões levantadas: "Deve uma enfermeira estar presente durante o toque vaginal?", "Como se sente quando lhe fazem uma colheita para citologia? Dói?", "O uso de lençóis durante o exame objectivo é importante?", "As mulheres preferem um médico do mesmo sexo ou do sexo oposto?".

Em Portugal, a criação de Centros de Saúde-Escola e a Formação de Orientadores, por exemplo, permitirá a prática cumulativa desta aprendizagem, segundo cronograma que admita adaptação progressiva (ver quadro 2).

Este Diário, contando, sobretudo, a experiência em pequenos grupos,

é testemunho de uma luta pela dignidade e o aperfeiçoamento profissionais, à luz de padrões de conduta específicos da nova especialidade.

O que há para aprender?

Em primeiro lugar, pôr em causa os processos próprios, reflectir de forma aberta, expor-se a críticas e sugestões.

Em segundo lugar, quanto à consulta, aprender a ajudar os pacientes na "organização" dos seus problemas, como disse Balint, ser capaz de uma sábia gestão de tempo, realizar a abordagem centrada na pessoa, e adquirir técnicas de entrevista apuradas.

A abordagem centrada na pessoa é aquela capaz de ouvir o paciente, aceitá-lo como pessoa, ajudando-o a participar na resolução dos seus problemas. Balint disse: "Quem só faz perguntas, só pode obter respostas".

O especialista da Medicina Familiar investe na autonomia do paciente, tornando-o um membro da sua equipa de saúde.

LEITURAS

- MODELOS DE ABORDAGEM

Freeling P. Manual para Formandos em Clínica Geral. Ed. Wright, PSG, 1983

- CONTEXTOS

Helman C. A Consulta no contexto. *Holistic Medicine* 1986; 1 (1).

- INTERACÇÃO MÉDICO-PACIENTE

Bahrs D, Kole M, Wustenfeld CB: Diagnóstico em Clínica Geral. Videogravação da Interação Médico-Paciente. *Allgemeinmedizin* 1990; 19: 86-93

- AVALIAÇÃO DA ENTREVISTA

Lemmann F, Ote L, Bourque A, Fontaine D. Interação Médico-Paciente: Uma grelha de avaliação válida e fiável. *Canadian Family Physician* 1990; 36 (Outubro).

- OUVIR AS UTENTES

Marwick J. Conversa entre mulheres e médicos. *The New Zealand Family Physician* 1989.

QUADRO 2

APRENDER NA CONSULTA

Quem é o formando?

Qual é o papel que desempenha?

Qual é a evolução do seu papel ao longo do tempo?

INTERNO DE CLÍNICA GERAL		AMBOS	CLÍNICO GERAL (HÁ 5 ANOS)	
1. OBSERVAÇÃO	2. CUIDADOS PARCIAIS	3. CUIDADOS PARTILHADOS	4. CUIDADOS DE SUPERVISÃO	5. FACILITAÇÃO
O orientador trata o paciente e o formando observa	O formando participa, colhendo a história clínica	O orientador e o formando fazem em conjunto a entrevista à família	O orientador apoia a acção do formando, ou completa-a	O formando trata o paciente, e o orientador fornece o eco da intervenção praticada
—————→			-----→	
		←—————		

Adaptado de "TEACHING GENERAL PRACTICE"
 Editado por Jack Cornack, M. Marinker e David Morrell,
 Kluwer Medical, Londres

SIMBOLOGIA
O - ORIENTADOR
F - FORMANDO
P - PACIENTE

4 - OS CORREDORES DA LIBERDADE

Foi um dia estimulante, o primeiro dia do COLÓQUIO SOBRE AS EXPERIÊNCIAS INOVADORAS EM CLÍNICA GERAL/MEDICINA FAMILIAR, realizado em Coimbra.

No dia 7 de Dezembro de 1990, vários oradores e alguns comentadores reuniram-se à sombra de um tema "SAÚDE E APRENDIZAGEM".

Ouvimos Rosa Madeira, professora do Ensino Especial em Águeda, referindo-se à "Aprendizagem fora da Escola".

Entre os comentadores, Lucília Salgado da Escola Superior de Educação de Coimbra falou sobre o muito que se pode ir fazendo no seio das instituições.

Citou a propósito uma metáfora de Michel Crouzier, os corredores da liberdade, onde muitos daqueles que procuram inovar e vencer a inércia se vão movendo.

Em réplica, Fernanda Navarro, professora da Escola Nacional de Saúde Pública, aludiu aos "Caixotes" de diversos tamanhos que impedem a circulação nos "corredores da liberdade". Quis ir mais longe, referindo o seu esforço diário em cortar em pedaços e pedacinhos os caixotes, devolvendo-os ao lixo.

O debate continuou, versando outras questões.

Até que, intervindo, Rosa Madeira, rosto frágil, deu à metáfora e à contra metáfora um desígnio mais vasto.

Disse ela com sotaque brasileiro: "Para quê deitar fora os caixotes que atravancam os corredores da liberdade? Eles representam as nossas dificuldades, fazem parte da nossa realidade..."

Quem é esta mulher? Não sabemos bem. E o que faz?

Está à frente dos Grupos Comunitários, rede de apoios solidários para facilitar a integração das crianças marginalizadas em Águeda. Estes grupos emergiram no contexto da acção desenvolvida pela Equipa de Educação Especial, que foi agrupando à sua volta outros profissionais ligados à Saúde, ao Ensino e à Segurança Social (ver quadros 3 e 4).

Esta equipa é fortemente marcada pelo carácter polivalente e pela itinerância dos educadores.

Chamavam-na quando havia problemas de repetência: o menino não aprende, ou pior, não vem sequer às aulas.

Verificou esta equipa com a sua experiência que a participação destas crianças no processo de ensino/aprendizagem da leitura, escrita, cálculo

e outros saberes era improdutivo. Porquê? Quer a criança, quer o professor e a família haviam desinvestido no processo de integração.

Como buscar a iniciação escolar sem compreender o mundo daquelas crianças? Como realizar o ensino sem aceitar a aprendizagem como processo?

Fora da escola, combinavam encontros com estas crianças. Estas podiam falar abertamente sobre os seus problemas, contando experiências. Os educadores, por sua vez, tomavam nota da maneira como os pais e os filhos procuravam resolver os seus problemas, dos hábitos, do horário das refeições. Acumulavam-se histórias, desenhos, plantas.

Os encontros, tornando-se sistemáticos, trouxeram um ritual próprio; desta vez, contudo, cada criança era o adulto que devia marcar os encontros, resolver os conflitos, organizar os recursos para todos poderem participar.

Nestes grupos comunitários, que os pais das crianças passaram a integrar, há um constante aprender/ensinar. Cada grupo influencia as crianças, os pais e os educadores, como é influenciado por todos os seus membros (ver quadro 4).

Cada criança, no contexto social de origem, vai produzir maior número de relações sociais, mais profundas e duradouras.

Porque os grupos comunitários integram o Centro de Saúde, a Câmara Municipal o Centro Regional de Segurança Social, por exemplo.

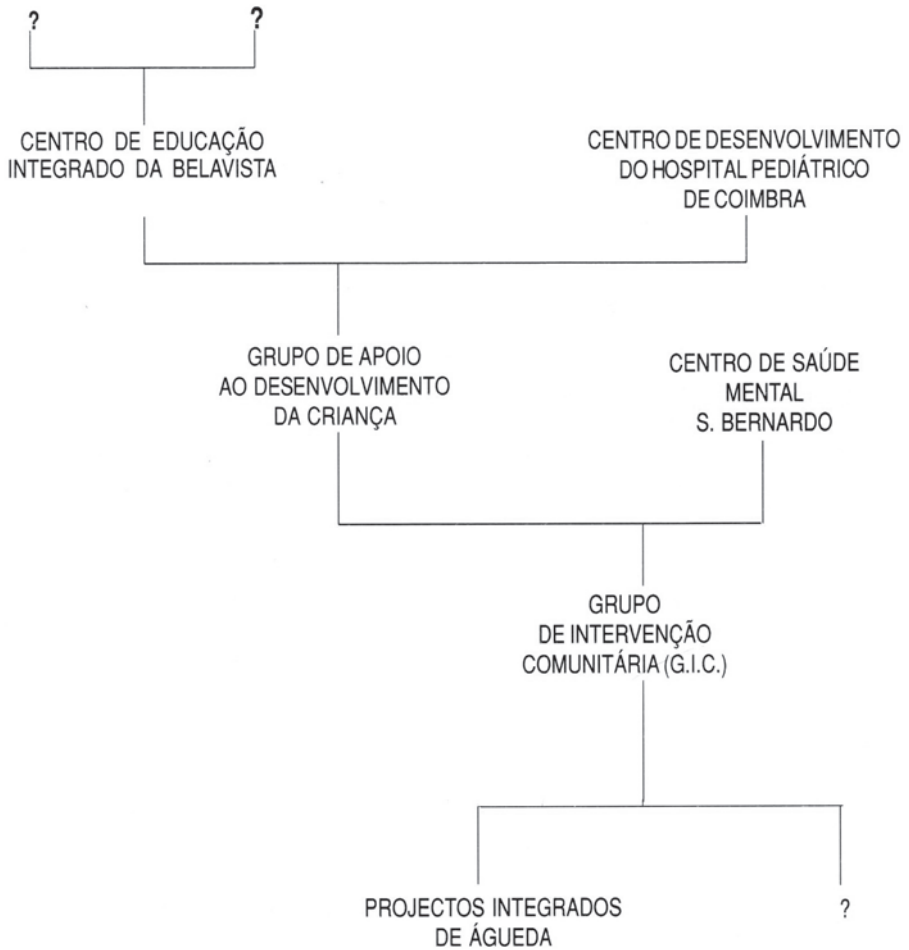
Elas aceitam, e são aceites com os diversos saberes. A iniciação escolar é um desafio que suportam, já.

Como a liberdade de que falava Rosa Madeira : corredores e caixotes por onde tropeçamos para ver ao fundo a luz do túnel.

O que eu aprendi no dia 7 de Dezembro de 1990!

QUADRO 3

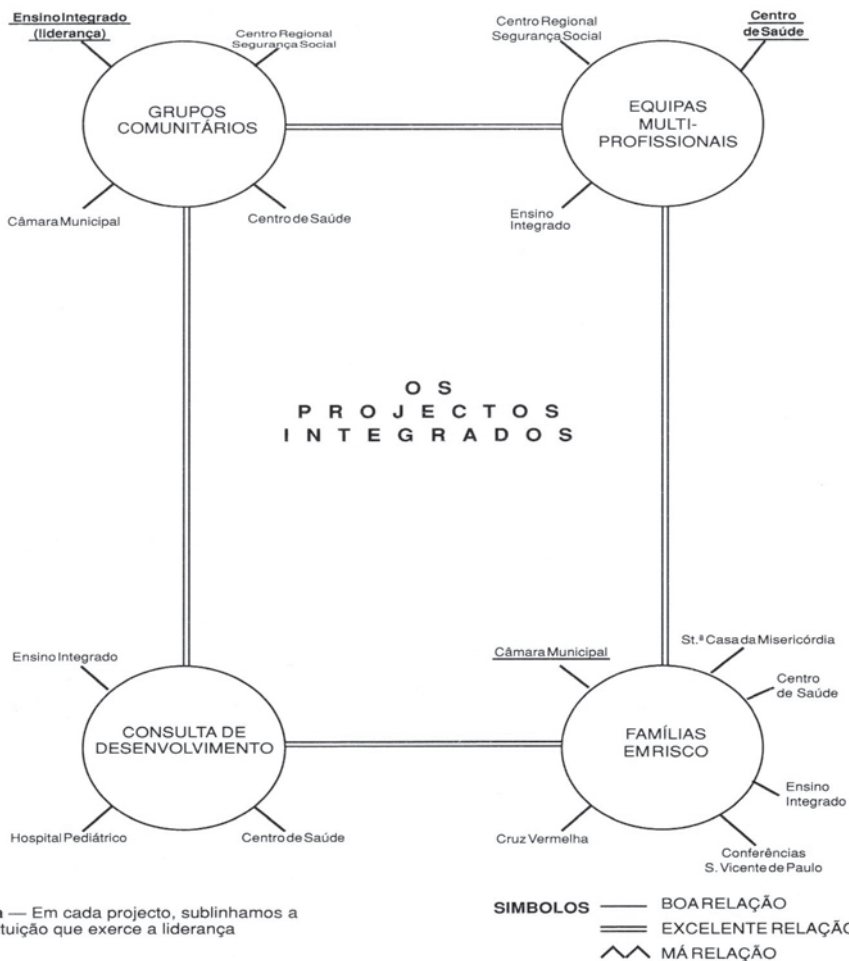
GENOGRAMA FAMILIAR



QUADRO 4

PSICOFIGURA

OS PROJECTOS INTEGRADOS DE ÁGUEDA



5 - A TERMINOLOGIA - I

Todos os dias damos de caras com um amigo dos tempos de liceu. A palmada nas costas acompanha soberbamente a sua voz de barítono:

- Então, vieste trabalhar para o Hospital?
 - Não, não... Sou médico no Centro de Saúde.
 - Onde é isso? Deixa ver... Trabalhas na Caixa de Previdência?
 - Tens razão... O edifício é o mesmo, mas já não se chama assim. A "Caixa" já acabou, agora tem outro nome, e a organização dos serviços também é diferente.

- Foi pena que não tivesses seguido a especialidade...
 - Aí é que te enganas. Sou especialista de Clínica Geral ou, se quiseres, de Medicina Familiar.

- És médico da família?!
 - Não exactamente, sou médico de família. Isto pressupõe uma preparação específica durante dois anos. Na Europa, também é assim.

- É boa, não sabia... Dantes, só lá ia pedir umas receitas. Quando ficava doente, ia habitualmente ao Banco de Urgência do Hospital.

- Essa é engraçada, e porquê?
 - Somos vistos logo no próprio dia, têm os aparelhos todos. São os cuidados diferenciados, não é assim que lhes chamam?

- Eu não chamo. Para mim, são os cuidados secundários ou hospitalares, porque todos os níveis de cuidados têm a sua diferenciação.

- E vocês são os cuidados primários de saúde?
 - Estás a começar a compreender. Era lá que devias ter ido, na tua condição de paciente. São os cuidados de saúde primários, os primeiros.

- Sim, senhor, estás a dar-me uma bela lição! Mas espera lá: então, agora, já não há "doentes"... Porque é que falaste em "paciente"?

- O paciente é aquele que sofre, e por isso recorre a uma entrevista médica ou uma entrevista com a enfermeira. Pode estar doente ou pode ter um problema de saúde, uma aflição ou um estado passageiro de mal-estar.

- Isso está tudo muito bem... Mas porque é que não dizes... "consulta" em vez de "entrevista"? Sempre ouvi dizer "consulta"...

- No campo, em que a diferença cultural entre médico e paciente pode ser grande, a expressão que usaste é perfeita. Há um problema de saúde e o paciente consulta um especialista em si, na pessoa humana. A relação de supremacia cultural adapta-se bem à ideia de "consulta".

No entanto, nos grandes centros urbanos, onde as diferenças de cultura e meio social se esbatem, o que sucede é um encontro entre duas pessoas, investidas de saberes diferentes. Este encontro baseia-se na comunicação que conseguem estabelecer ou não, além do diagnóstico ou da prescrição terapêutica. Por isso lhe chamo "entrevista", uma entrevista médica, porque se reveste de características diferentes daquelas que temos na rua com um vizinho onde não há privacidade, e daquelas que temos com um comerciante onde a relação é de mero intercâmbio.

- Estás-me a levar à certa... Mas ao teu Centro de Saúde é que não vou, porque, da última vez, a funcionária que atende ao guiché foi muito desagradável...

- Estás no teu direito. Vais onde quiseres.

- Ainda lá está a mesma menina?

- Olha, agora já não há guiché. Os utentes falam com as secretárias de cada equipa sem haver barreiras físicas.

- Chamam-se agora "secretárias"? Estás a dar-me muitas novidades...

- Dantes, trabalhavam com impressos e tinham uma relação anónima, despersonalizada com as pessoas que recorriam aos serviços. Trabalhavam para os médicos (quando o faziam), mas não trabalhavam com as enfermeiras e os médicos, prosseguindo objectivos comuns.

- E agora? (Começava a olhar para o relógio).

- Agora, para cada lista de 1500 utentes há uma equipa responsável pelas suas necessidades preventivas, curativas e de educação para a saúde. Os utentes, como tu, já sabem a quem se devem dirigir para um reembolso, para uma vacina, ou para uma visita domiciliária.

- ... Vocês também vão a casa dos doentes?

- Aqueles que merecem a nossa visita, se estão acamados ou têm problemas de locomoção. São visitas programadas por nós (a equipa) para evitar desperdícios de tempo e gasolina.

Estás com pressa?

- Bem...

- Não te prendas comigo, vai à tua vida. Se tiveres necessidade já sabes o circuito. A propósito, ja tens médico de família?

- Tenho um médico porreiro que me desenrasca, quando é necessário, ou então vou ao Banco de Urgência.

- Já me disseste, mas isso era antes da nossa conversa.

- ... Adeus, lírico. Prazer em ver-te!

LEITURAS

- PACIENTE/DOENTE

David de Morais JA. Relação Médico-Paciente: O Internista, o Clínico Geral e a Medicina Geral e a Medicina Psicossomática - II Parte. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 1989; 6 (12).

6 - A TERMINOLOGIA - II

Numa reunião no Centro de Saúde, para minha surpresa, fui interrompido por um colega que me disse: "Desculpa, tu não vês grávidas, tu realizas uma entrevista de Saúde Materna".

Fez-se silêncio na sala.

Todos ficaram espantados, incluindo eu próprio, quando lhe agradei: "Obrigado".

As confusões terminológicas são frequentes, também entre os profissionais de saúde.

Há colegas que, observando os diabéticos da sua lista em tempo próprio e com o apoio da enfermeira, continuam a falar de "valência". É uma consulta de risco ou deve sê-lo.

Quais são as diferenças entre elas?

CONSULTA DE VALÊNCIA

- TRATA
- COMEÇA E ACABA
- USA TÉCNICAS SOFISTICADAS
- ESTUDA A LESÃO
- TRABALHA ISOLADO
- ACEITA DOENTES SELECIONADOS

CONSULTA DE RISCO

- PREVINE
- CONTINUA
- USA TÉCNICAS BÁSICAS
- ESTUDA O CONTEXTO
- TRABALHA EM EQUIPA
- ACEITA TODOS OS PACIENTES DA LISTA

Outros colegas falam do "doente geriátrico". Porquê? Ele é velho ou idoso, sendo tal condição determinante para os cuidados a prestar. São os problemas do equilíbrio, do isolamento social, do envelhecimento, da sexualidade. Estes problemas do velho ou do idoso são objecto de atenção de múltiplas disciplinas. Uma delas, apenas uma delas, se ocupa das suas doenças. É a Geriatria.

Será que o velho ou idoso é pertença da Geriatria, como a senhora obesa é pertença da Endocrinologia? Nada disso. Um velho é apenas um velho, mesmo doente.

E a diferença entre "grupos de risco" e "grupos vulneráveis"? Que quer uma expressão e outra significar? São equivalentes?

Na verdade, não são.

Constituem "grupos de risco" os diabéticos e os hipertensos pelas complicações que surgem, quando o equilíbrio metabólico ou a normotensão não são conseguidos. Outros existem, quando falamos do síndrome de imunodeficiência adquirida: são os homossexuais, os hemofílicos, os toxicodependentes, e mesmo os heterossexuais. A atitude curativa, por vezes, é a principal.

Constituem "grupos vulneráveis" as crianças, as grávidas e os idosos pelas situações naturais que atravessam sem que exista qualquer doença. São mais frágeis ou vulneráveis, mas não são doentes. A atitude preventiva é a indicada.

Talvez se compreenda melhor agora porque, em cuidados de saúde primários, preferimos falar de "problemas de saúde" em vez de "doenças". É disso reflexo a terminologia usada pelos cuidados de saúde secundários, quando codificam (Classificação Internacional de Doenças, na 10ª versão), e pelos cuidados de saúde primários, em idêntica situação (Classificação Internacional de Problemas de Saúde, na 2ª revisão). (*) (**)

Outra confusão existe entre "registo" e "anotação".

Quando nos referimos àquilo que, diariamente, escrevemos na ficha clínica sobre o paciente, devemos falar de "anotação". É por isso que é preferível designar o método de Weed por Método de Anotação Orientado por Problemas. Define melhor a natureza das funções em causa.

O "registo" é o conjunto de dados que o Centro de Saúde acumula sobre os vacinados. Diz-se, portanto, com propriedade, o Registo de Vacinação.

Outros exemplos haverá, dignos de menção. Digam "obrigado", também, quando vos corrigirem. O rigor é indispensável ao entendimento, e à emancipação dos próprios conceitos.

O exemplo de um vocábulo esquecido é "facultativo". Era usado no século passado, como sinónimo de "médico" .

(*) I.C.D. - 10

(**) C.I.P.S. - 2D

Queria dizer "que dá ou deixa a faculdade de fazer ou não uma coisa" ou "próprio de uma ciência". O primeiro dos sentidos é particularmente desejável, quando o médico de Clínica Geral/Médico de Família participa na área de educação para a saúde.

A publicação de um glossário em Portugal dedicado aos termos e expressões técnicas utilizados nos cuidados de saúde é uma necessidade óbvia.

Para nos entendermos melhor.

O Instituto de Clínica Geral da Zona Sul recomenda a utilização dos Glossários internacionais em cuidados primários, organizados pelo Comité de classificação de WONCA (Associação Mundial dos Médicos de Família). Estão incluídos como apêndice na edição portuguesa de CIPS-2 DEFINIDA (Classificação Internacional de Problemas de Saúde em Cuidados Primários).

O que é um hipertenso "em seguimento", por exemplo? Segundo o glossário publicado, é o hipertenso que tenha recebido, pessoalmente, cuidados de saúde, no último ano.

Qual é a diferença entre um "encontro directo" e um "encontro indirecto"?

LEITURAS

- GLOSSÁRIOS

CIMF/ APMCG CIPS-2 Definida, Lisboa, 1988.

7- O DIÁRIO DO ORIENTADO

Se este diário é, sobretudo, confessional, reflexivo, o Diário do Orientado pode ser, além disso, um instrumento de avaliação.

Durante a semana, o Orientado regista cada consulta, perdão, anota cada consulta, procurando caracterizá-la. Tal permitir-lhe-á discutir as consultas com o Orientador e quantificar a carga de trabalho.

A carga do trabalho diário, semanal ou anual pode ser anotada com rigor (ver quadro 5).

Inclui a consulta directa, a consulta no domicílio e o contacto telefónico relacionado com um utente da lista. A este número diário, devemos acrescentar as chamadas "Unidades de Serviço":

- a redacção de uma carta é equivalente a 0,75 unidades de serviço
- um relatório é equivalente a 0,75
- uma repetição de prescrição é equivalente a 0,25
- uma entrevista com a família do paciente é equivalente a 1,0
- uma viagem necessária para visitar um doente em casa é equivalente a 1,0

No Reino Unido, calcula-se que o número médio de consultas realizadas por médico de Clínica Geral durante duas semanas é de 300. Como existem 25 quinzenas por ano, uma estimativa anual de consultas por ano aponta para 3,3 consultas por pessoa e por ano.

Quanto às "unidades de serviço", tal é possível de calcular. Também a experiência inglesa aponta para 1 consulta adicional em cada três consultas realizadas.

LEITURAS

- O DIÁRIO DO ORIENTADO

Bahrami J. The Trainee's Log diary. *The Practitioner*, 1988; 232

- QUANTIDADE DE TRABALHO

Crombie DL, Fleming DM. Practice activity analysis. Occasional paper 41, Real Colégio Britânico de Clínicos Gerais, Londres, Dez. 1988.

FIGURA 1



8 - TÉCNICAS BÁSICAS

Com a pressão diária de utentes e a falta de apoio qualificado em muitos casos, as tarefas do Exercício Orientado tornam-se uma dor de cabeça para muitos. Quando as tarefas são muito bem definidas, a margem de manobra do Orientador é diminuta. Ninguém o impede de desenvolver consultas ombro-a-ombro, programar seminários ou solicitar resposta a determinados exercícios, é certo, mas... O tempo disponível para desencadear uma relação mais aberta e criativa entre Orientador e Orientado é escasso, de parte a parte. São interessantes as experiências que conseguimos realizar, contra-a-corrente. É o caso do pedido que fiz a uma orientada minha. Deveria escrever em três colunas as técnicas básicas ou competências que realizava já antes do Exercício Orientado, aquelas que começou a realizar durante o mesmo, e aquelas que não estão previstas. Antes, durante e depois. Seria capaz de responder? Vejamos o que ela fez a Graça em 1989 (ver quadros 6 e 7).

QUADRO 6

TÉCNICAS BÁSICAS OU COMPETÊNCIAS

REALIZADAS ACTUALMENTE	PREVISTAS NO E.O.	NÃO PREVISTAS
<p>- Foi feita e tem sido actualizada a caracterização do ficheiro de utentes segundo: grupos etários, sexo e grupos de risco e vulneráveis.</p> <p>- O registo diário das consultas passou a ser feito segundo o S.O.A.P. desde que foi apresentado o método Weed no ensino de sala em fins de 1987.</p> <p>- Captação de utentes pertencentes a grupos de risco e vulneráveis.</p> <p>CENTRO DE SAÚDE</p> <p>- Foi feita a coordenação de elaboração dos programas de saúde infantil para 1986, 1987 e 1988 e avaliação dos de 1986 e 1987.</p> <p>- É feita desde 10/4/89 a Coordenação do Núcleo de Planeamento e Controlo. Neste âmbito há:</p> <p>- Reuniões com Clínicos Gerais e administrativos.</p> <p>- Articulação com cuidados de saúde secundária.</p> <p>- Ex. do objectivo</p> <p>- Auscultação</p> <p>- Percussão</p>	<p>- Caracterização do ficheiro de utentes de um modo mais completo (incluindo o n.º e, se possível, o tipo de famílias, taxa de cobertura).</p> <p>- Aperfeiçoamento dos Registos</p> <p>- História Clínica</p> <p>- Base de dados e genograma</p> <p>- Lista de problemas</p> <p>- S.O.A.P. no registo diário</p> <p>- Avaliação de família</p> <p>- Projecto de Educação para a Saúde:</p> <p>- Reunião dos C.P.M.</p> <p>- Programa de Educação para a Saúde para o ano 1989 a ser coordenado pelo Núcleo de Planeamento e Controlo</p> <p>- Investigação em Clínica Geral:</p> <p>Trabalho de investigação referente à qualidade do registo da 1.ª consulta da vida antes dos 28 dias e captação em S. Infantil.</p>	<p>CENTRO DE SAÚDE</p> <p>Criação, promoção ou participação em instrumentos de informação acessível a todos os profissionais do C. de Saúde, em que fossem veiculadas todas as actividades desenvolvidas nos vários níveis de modo a facilitar o intercâmbio. (Ex. Boletim Informativo, Jornal da Parede)</p>

QUADRO 7

REALIZADAS ACTUALMENTE	PREVISTAS NO E.O.	NÃO PREVISTAS
<ul style="list-style-type: none"> - Palpação - Pesagem (crianças e adultos) - Medição de comprimento ou altura (crianças, adultos) - Medição de perímetro cefálico - Medição T. A. - Medição temperatura - Medição altura uterina - Medição perímetro umbilical <p>Exame ginecológico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Com espéculo - Colheita de esfregaços para citologia do exo e endocolo - Toque vaginal <p>Toque rectal</p> <p>Exame neurológico (R.N.; diabético, sequelas de A.V.C.)</p> <p>Otoscopia</p> <p>Avaliação da audição com diapasão</p> <p>Avaliação da acuidade visual com escala de SNELLEN</p> <p>Determinação da glicemia capilar com BM teste glucose</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coordenação de elaboração de programas e sua avaliação - Outras avaliações (ex-caract. de ficheiros, diagnóstico da situação do concelho) <p>SERVIÇOS DE URGÊNCIA</p> <p>Drenagem de abscessos</p> <p>Extracção de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - quistos sebáceos - unhas - anestesia local - sutura a 1 ou 2 planos - penos - remoção de corpos estranhos - ligaduras - lavagem de ouvidos - electrocardiogramas 	<ul style="list-style-type: none"> - Auto-avaliação <p>Aplicação do sistema de classificação de problemas de saúde CIPS-2 DEFINIDA</p>	<p>Anuscopia</p> <p>Rectosigmoidoscopia</p> <p>Rinoscopia</p> <p>Pequenas cirurgias no Posto de Saúde</p> <p>Fundoscopia</p> <p>Criação de espaço e meios para aperfeiçoar a avaliação do desenvolvimento psico-motor na C.S. Infantil usando protocolos de estudo do desenvolvimento, baseados no teste de Denver.</p> <p>Reanimação - com conhecimentos bem fundamentados e com prática suficiente</p>

LEITURAS

- TÉCNICAS BÁSICAS

Caldeira G. Relatório do Exercício Orientado, ICGZS, Abrantes, 1991.

9- O IMPACTO INSTITUCIONAL

É um pequeno concelho, na zona do Pinhal.

Um dos orientados prestava serviço numa extensão do Centro de Saúde. A realização de sessões clínicas seria motivo para dinamizar o grupo de seis colegas de clínica geral, todos eles sem ter tido Formação Específica em Clínica Geral/Medicina Familiar.

O director do Centro de Saúde era um médico de Saúde Pública com idade próxima da reforma. Convidei-o a estar presente, então.

No dia da primeira sessão programada, um dos ouvintes do Vítor (o nome do orientado) era o Dr. Rosa, precisamente.

O Vítor falou sobre "tuberculose pulmonar". Tal tinha sido o desafio lançado: fazer uma revisão clínica tendo por base o opúsculo nº 4 das Orientações Técnicas da Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários, intitulado "Diagnóstico, tratamento e profilaxia da tuberculose".

Como se diagnostica a doença? Em primeiro lugar, realiza-se a prova de Mantoux (administração de 2 unidades de tuberculina). Lê-se o tamanho da induração, e não do eritema, 48 a 72 horas após a inoculação. Não basta saber se é positivo ou negativo. É útil precisar se são 7mm ou 10mm.

O único exame capaz de confirmar a existência da doença é a pesquisa do bacilo ácido-álcool-resistente, no exame directo e cultural da expectoração.

O terceiro exame utilizado é a radiologia convencional, o RX do tórax, útil para o diagnóstico diferencial.

Falámos sobre a terapêutica, a vacinação e a prevenção da doença, junto dos familiares. O Dr. Monteiro Rosa participou no pequeno debate, após a comunicação.

No final, felicitei o Vítor pelo seu exaustivo trabalho, colocando algumas questões: quando se administram corticóides? Porque já não é utilizado o Vollmer (teste de rastreio) nas crianças?

Solicitei o apoio do Centro de Saúde através do seu director para que, na próxima vez, houvesse retroprojector e biblioteca de modo a corresponder às necessidades formativas. Mostrou-se interessado, ele que durante anos sentiu o peso do isolamento e o custo de ser autodidacta.

Actualmente, um ano depois, no final de 1990, sei que existe retroprojector e um modesto Centro de Documentação e Divulgação. As sessões clínicas que desde então se realizam, contudo, vivem muito do

voluntarismo do António. Ele tem sido o único prelector, falando aos colegas sobre a Doença de Parkinson ou outras patologias.

LEITURAS

- TUBERCULOSE PULMONAR

DGCSP. Diagnóstico, Tratamento e Profilaxia da Tuberculose. *Orientações técnicas*, 1989, n.º 4.

CAPÍTULO II

«É mais importante saber o tipo de doente que tem a doença do que o tipo de doença que tem o doente»

(Sir William Osler, médico)

10- SIDA, QUE FAZER?

Esta história foi apresentada na TV, produzida por uma equipa australiana. Chamava-se "O DIABO QUE ESCOLHA". A série de que fazia parte tinha por título "Clínica Geral".

Neste caso, uma avó descobre que a neta de 6 anos é sero-positiva. Os problemas que surgem na escola, a relação com o médico de família, os sentimentos e emoções estão em jogo.

A Zé tem 6 anos. Vai ao médico de família, porque tem manchas no corpo.

"Parece ser herpes" diz o médico. "Vou pedir análises". A avó da Zé resmunga: "Não parece estar muito certo do diagnóstico". O **fair-play** do jovem médico cala-a por agora: "Já vi que alarmei a minha doente"...

Na 2ª consulta, o jovem médico está mais sério e os óculos na ponta do nariz dão-lhe um ar irritante. "Quero pedir-lhe autorização para realizar uma análise..." A mulher compreendeu, e disse desabrida: "Não espere que eu lhe agradeça, doutor".

Não há dúvida, agora. A Zé é sero-positiva.

O médico de família visita-as. E estica o dedo em direcção à rapariga bonita da moldura, na parede: "É Judy, a mãe da Zé. Morreu num acidente de viação". "E nunca sofreu qualquer transfusão?"

As perguntas eram insistentes. Qual tinha sido a fonte de contágio?

Noutro dia, já no consultório, a avó da Zé ajuda a esclarecer esse ponto: "Há uma coisa que não lhe disse. A minha filha chamava-se Judy (...)" Acaba por confessar: Judy morrera por **overdose** de heroína. Ela só não queria que a acusassem de ter sido má mãe.

Os problemas começaram, apenas, para aquela mulher.

Belinda é a melhor amiga da Zé, e Brenda está impaciente por vê-la, também. Vai voltar à escola?

- Que me diz, doutor?

- (...)

- O doutor fala com a cabeça e eu com o coração. Não aguento esta pressão, não aguento! (Já grita, grita consigo)

- ...!

- Não. Não quero tocar na Zé...

Fazem ambos silêncio, um silêncio que os envolve e imobiliza.

- ...

- Devo dizer-lhes na escola?

- Deve, é melhor que o faça. E já. A professora é uma mulher jovem e evoluída. Saberá comportar-se.

- E as mães das garotas? Ela terá de lhes dizer...

-...

- Não espere que eu resolva tudo sozinha.

Como o nosso médico trabalha com outros colegas, em regime convencional, expõe-lhes o caso. Dissipa alguma da angústia que carrega. Quando se voltam a ver, o jovem médico diz-lhe:

- Vou à escola falar aos pais dos garotos. É preciso que todos vão.

A professora consegue reunir todos. O médico fala claro, usando abundantemente as mãos. É racional, é emotivo, é firme.

Não pode impedir que alguns pais saiam da escola, arrastando os filhos. A maioria, contudo, fica, cheia de dúvidas e receios. Ouvem ainda uma das respostas do médico:

- Há maior risco de as outras crianças contaminarem a Zé, tornarem-na doente, do que o contrário.

Como teriam procedido vocês?

11 - O CASO DA ANDREIA

A sessão de hoje começou com uma colega apresentando um tema de revisão clínica. A abordagem do tema foi exaustiva. Faltaram casos clínicos, sempre úteis para ilustrar o tema. Soube uns dias depois que o tema tinha sido escolhido, e a revisão realizada por um colega pediatra... Seria por isso que estava tão nervosa?

A colega seguinte falou sobre outro tema de revisão. A falta de experiência e a impreparação levaram-na, literalmente, a ler o que havia escrito nas transparências. Foi monótono e medíocre, quanto à técnica de apresentação. A transparência permite diversas soluções: sobrepor transparências, escrever durante a exposição oral, tapar com um cartão enquanto se revela o seu conteúdo, etc. Nenhuma delas foi usada. Para cúmulo, lia a transparência completamente virada para a parede onde se projectava.

O caso que o João trouxe vale a pena contar-vos. É o caso de Andreia.

Em 1986, emigra com os pais para a Suíça. Após o divórcio, o pai vai viver para a América do Sul. A Andreia é saudável, frequentando a 3ª classe, tem 10 anos.

Três anos depois, vem viver para casa da professora, a troco de ordenado, onde a sua mãe tinha sido empregada doméstica. Frequenta agora a 4ª classe e vive a quatro quilómetros da cidade, onde não há transportes públicos, cafés ou outras diversões.

Em Novembro de 1989, dois meses depois, vai ao médico pela primeira vez. Acompanha-a a professora que a levou por "tosse devido ao tabaco". O aspecto físico da Andreia é muito vistoso, atraente. Diz poucas palavras.

No final dessa consulta, a professora presta o seu caudal de informações: a Andreia tinha história de consumo de tabaco, droga e álcool, e possivelmente na Suíça terá tido experiência de prostituição. Naquele país, frequentava um Colégio especial, transportada pela Polícia. Incompatibilizou-se com a mãe.

A segunda observação realiza-se ainda no mesmo mês. A Andreia, quando interrogada, nega todas as acusações. Admite que fuma 1 cigarro por dia. Continua a ser difícil a comunicação.

Marcada nova consulta, a Andreia falta. A professora apresenta ao João o rol de lamúrias: começam os problemas na escola, sendo vista na casa de banho dos rapazes, "atira-se a tudo o que é homem", continua a fumar. Apesar da liberdade individual ter sido reduzida, consegue correspondência com os amigos.

A Andreia completa a 4ª classe. Vai frequentar a tele-escola em vez do ciclo preparatório. A família da professora manifesta-se contra a sua presença. A professora pressiona o João para enviar a Andreia à consulta de Psiquiatria.

Quais são os problemas que o João apresenta?

- **Como comunicar com a Andreia?**
- **Aceitar a versão da professora?**
- **A tele-escola será a solução ideal? Dá maior liberdade de movimentos?**
- **Droga, álcool, prostituição?**
- **E se surgir uma gravidez?**
- **A fuga de casa é a maior probabilidade?**

O caso apresentado pelo João incluía a apresentação de genograma familiar (ver quadro 8).

Poderemos chamar-lhe um "caso-problema".

Em primeiro lugar, a comunicação com a Andreia. Foi conseguida? Deveria ter sido feita umã entrevista a sós, na primeira consulta? A segunda consulta serviu, sobretudo, para a confrontar com a versão da professora?

A verdade é que a gestão da relação médico-doente é delicada. O fundamental, sobretudo no caso de uma adolescente em crise, é fornecer um clima amistoso, onde a confiança possa vir a ocorrer. Por vezes, se a aceitarmos tal como ela é, é possível que um dia a Andreia nos aceite como nós somos. Não podemos esperar ou exigir dela uma atitude que pode levar anos ou décadas a consolidar-se.

Quantos e quantas não voltam cinco anos depois (para nossa surpresa), guardando uma boa recordação de dez minutos de respeito mútuo?

A comunicação com a Andreia teria sido facilitada se a convidássemos a uma espécie de Jogo.

Desenhar dentro de um círculo e em círculos mais pequenos as pessoas com as quais vivemos, segundo a sua importância para nós e a distância que guardamos delas. Trata-se do círculo familiar ou de THROWER (ver o caso de Paula).

Em segundo lugar, a versão da professora vale precisamente isso: uma parte, um lado da questão. A professora conseguiu convencê-la a ir ao médico devido a um sintoma, "a tosse do tabaco".

Dentro do consultório, a professora e a Andreia conluíram-se para esconder os conflitos detrás do sintoma somático. Mal a Andreia saiu, a professora mostrou como a comunicação entre as duas estava bloqueada: de um lado, a fantasia erótica da Andreia, de outro uma mulher com 59 anos, casada, na fase VIII do ciclo de vida familiar, logo, sentindo-se só, após a emancipação dos filhos.

Isto lembra-me uma frase paradigmática das muitas que nos deu a escritora Agustina Bessa-Luís: "O jovem preocupa-se com o que ignora, e o adulto com o que aprendeu".

A "tosse do tabaco" é um sintoma frequente porque significa, simbolicamente: a Andreia já fuma, já convive com rapazes. Foi isto que a professora levou ao médico, ao João.

Podemos colocar aqui outra questão: qual é a motivação da professora quando cuida de uma moça com problemas de relação com a mãe, e que lhe troca as voltas? Quer obter nos últimos anos de vida um pouco de companhia ou pretende ajudar a mãe de Andreia por qualquer razão obscura? Será por instinto natural? Como podem ver no genograma familiar, a professora teve dois filhos e uma filha.

Quais são as expectativas de cada uma delas?

Será que a professora aspira a dar estudos superiores à Andreia, como um dia a mãe desta confessou gostar? Será que as expectativas da Andreia em relação a esta nova família são baixas (ninguém gosta de mim não quero que me dêem nada)?

As outras questões são secundárias. Na sala, houve alguém que colocou uma questão interessante: porque não procurar o apoio de uma assistente social para encontrar o paradeiro do pai da Andreia. Estariam ambos necessitados desse encontro? E preparados? A actual situação da Andreia é instável.

LEITURAS

- MODELO DE DIÁLOGO

Freling P A. Workbook for trainees in General Practice. Ed. Wright. PSG, 1983.

- CÍRCULO FAMILIAR

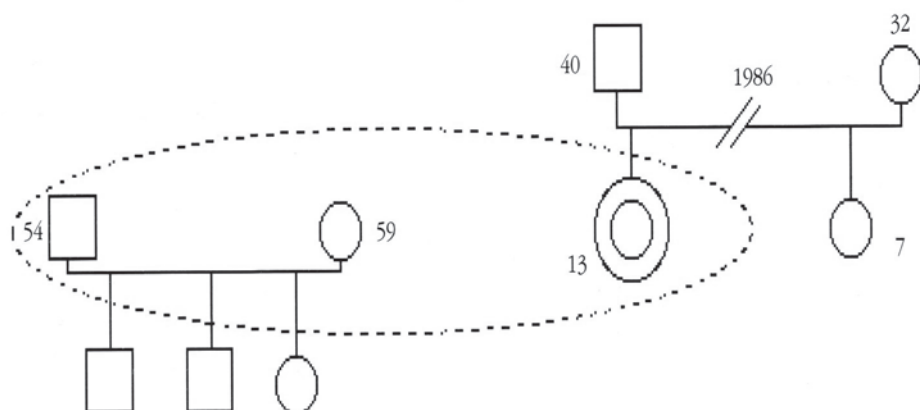
Thrower Family systems tools for assessing families. Literatura distribuída durante seminário realizado no IV Congresso Internacional de Medicina Familiar do CIMF do Estoril (Maio 1990)

Thrower , Bruce W, Walton R. The family circle method for integrating family systems concepts in Family Medicine. *Journal of Family Practice*, 1982; IS 451.

QUADRO 8

GENOGRAMA FAMILIAR

ANDREIA



SIMBOLOGIA - (ver " A Minha Filha Fuma")

12- O QUE PARECE É

É a vez de Mário. "Que faz um homem destes aqui?" disse um colega, baixo. O colega que vai falar a seguir, apesar de ter sido integrado como consultor de Clínica Geral, quis participar num programa de Formação Específica em Clínica Geral/Medicina Familiar.

O caso que apresentou, interessante pelos problemas diagnósticos e de referenciação, serviu-lhe de pretexto para revisão da patologia encontrada.

Era o caso de uma jovem que, desde os 15 anos, vinha tendo anemia e diarreia crónica, agravada pela ingestão de farináceos e produtos lácteos.

Será um caso de doença celíaca, interrogou-se o médico?

A partir do momento em que ela começou a ir a especialistas hospitalares, o médico de Clínica Geral sentiu que era tarde para realizar a sua investigação básica. O primeiro recurso foi o psiquiatra.

Ele disse: "Da minha parte, não tem nada de anormal. "

O segundo recurso foi o internamento num serviço de Medicina Interna. Em Lisboa fez toda a espécie de exames analíticos, radiográficos e de endoscopia.

O único resultado encontrado tinha sido, após mielograma, um relatório que dizia: "megasideropenia". O tratamento com ferro (sulfato ferroso), ácido fólico e vitamina B12, em simultâneo, foi infrutífero.

Tudo em vão, e a jovem veio a ter um parto prematuro.

O terceiro recurso foi o envio a colega de gastroenterologia, considerando tratar-se de doença inflamatória do tracto intestinal. Tomou salazopirina e metronidazol em doses altas. De novo sem resultado.

Finalmente, voltava às mãos do seu velho médico de clínica geral. Voltou a pensar alto: porque não um caso de doença celíaca?

"As primeiras impressões, por vezes, são as melhores".

Quando lhe foi prescrita dieta sem glúten, finalmente, a jovem começou a melhorar.

Era mandatório confirmar o diagnóstico por biópsia jejunal. Assim foi feito, e com os resultados que se esperavam.

Era, de facto, um caso de doença celíaca.

Mário expôs a seguir as diferenças elementares entre a doença celíaca e a fibrose quística do pâncreas.

Na primeira doença, há anorexia rebelde e esteatorreia (excreção de gordura nas fezes, superior a 4 gramas/dia). A absorção da D-Xilose, no sangue, está diminuída.

Na segunda doença, pelo contrário há muito apetite. A absorção da D-Xilose, no sangue, não está diminuída.

Quanto aos métodos de diagnóstico, Mário salientou a preferência pela detecção de anticorpos anti-gliadina e anti-reticulina, fracções do glúten, em vez de recorrer à biópsia jejunal.

O tratamento inclui vitamina B12, administrada mensalmente. Destina-se a prevenir a anemia.

A dieta sem glúten é a chave do problema, a única que pode aliviar de forma significativa a doente.

Mário, finalmente, referiu-se à associação frequente da doença celíaca com outras doenças de base imunológica, como a artrite reumatóide. Preocupou-se em avaliar a taxa de Imunoglobulina A, associada com actividade secretória do intestino, por exemplo.

Quando terminou, dei-lhe os parabéns.

Fiz uma crítica ao uso que havia feito das transparências no retroprojector.

QUADRO 9

DIETA SEM GLÚTEN

Alimentos permitidos	Alimentos a evitar
Leite e iogurte Queijo Ovos Carne, peixe e aves domésticas Legumes Frutas e sumos de fruta Cereais= flocos de milho, milho, arroz tostado ou cereais livres de glúten Pão: composto de arroz, milho, ou com sabor de trigo isento de glúten	Todos os pães, bolachas, bolos e cozinhados à base de trigo e centeio Produtos à base de trigo e centeio, esparguete, massas e todas as sopas de pacote Gelado industrial, pudins Adoçantes como «ovomaltine» Cafés instantâneos Cerveja Rebuçados de fabrico industrial contendo cereais

Em primeiro lugar, as transparências dactilografadas ou manuscritas em letra de imprensa são mais legíveis do que aquelas em que o autor escreveu com a sua caligrafia.

Em segundo lugar, não utilizou figuras ou diagramas visuais. Estes comunicam melhor que os textos, sobretudo se estes foram densos.

Em terceiro lugar (o erro mais grave), cada transparência pode ter 7 linhas sem que a leitura fique prejudicada. "O colega, em vez de 7 linhas por transparência, usou 32".

Quanto à expressão oral e modo de apresentação, estavam correctos. Procurou sempre falar virado para os colegas que o escutavam, e não com os olhos colados no texto da transparência.

A principal lição que o Mário recebeu não foi ali. Recebeu-a quando compreendeu que a falta de confiança em nós próprios pode trair e lançar a doente num interminável calvário de exames.

LEITURAS

-DOENÇA CELÍACA

Kempe H, Silver M e O'Brien D. Current Pediatric Diagnosis and Treatment. 3 rd ed. Lange Medical Publications., 1974

- USO DE TRANSPARÊNCIAS

Abrantes A Tavares A, Godinho J. Manual de Métodos de Investigação em Saúde. Edições Especiais, APMCG, Lisboa 1989

- ATITUDE DO MÉDICO

Campina J. Clínica Geral e Consulta: um tema em revisão, *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 1990 (Julho).

13 - AVENTURAS DO PRIÃO

Era dos poucos na sala que conhecia o tema seguinte. O José Manuel avançou para o retroprojector, e não pode evitar um sorriso. A sua primeira transparência começava pela frase "o canibalismo faz mal à saúde".

Vou falar-vos dos ATNC (agentes transmissíveis não convencionais), disse ele.

O assunto havia estado na berra há três meses. Era uma epidemia ocorrida em Inglaterra e noutros pontos da Europa onde havia importação de rações inglesas para gado: a "doença das vacas loucas".

E que tinha o assunto a ver connosco, o género humano? Tratava-se de uma encefalopatia subaguda, semelhante à doença de Alzheimer, ao Kuru (doença dos canibais de Nova Guiné), à doença de Creutzfeld Jacob, entre outras. Chamavam-lhe a encefalopatia espongiiforme ou EBS.

Os meios de transmissão desta doença, divulgados pela revista francesa "Science & Vie", eram o canibalismo, as rações esquecidas com detritos de animais, eléctrodos e material contaminado, alimentos de origem animal e medicamentos de origem proteica.

Estamos nós também em perigo? Era a pergunta que o grupo não tinha a coragem de fazer.

O José Manuel continuava a falar sobre o tema. O agente patogénico da encefalopatia espongiiforme ou "doença das vacas loucas" não é bactéria, nem vírus, é um prião. A mais pequena partícula proteica sem conter ácidos nucleicos.

E nós, que comemos carne de vaca e seus derivados, estaremos em perigo? A doença é de evolução arrastada, demorando cerca de 5 anos a manifestar-se.

O José Manuel punha perguntas sobre perguntas, cada vez mais importantes. "E a doença de Alzheimer será de carácter hereditário ou de contaminação familiar"?

O prião só é destruído a 130 graus. Avisava o José Manuel, prendendo a respiração.

Estávamos todos suspensos das suas palavras. Entusiasmou-se com as nossas caras assustadas: "Está uma bomba para rebentar nos próximos anos".

Não ganhámos para o susto. Rendemo-nos: ele tinha sido brilhante. A Fernanda protestou a sua admiração. E perguntou-lhe pela bibliografia.

14- EQUIPAS MULTIDISCIPLINARES

O João Alfredo tinha várias comunicações preparadas, mas só veio a fazer uma. Era aquela que tinha realizado mais recentemente. O título, "Equipas Multidisciplinares em Cuidados de Saúde Primários".

O João Alfredo era director do Centro de Saúde onde estávamos reunidos, orientados e orientadores, e cuja inauguração ia ser daí a dois dias.

Disse-nos com o entusiasmo que lhe é próprio: "É um facto fundamental para o êxito da equipa que cada elemento acredite no interesse e fundamento dos cuidados de Saúde Primários"

Em 1978, na conferência de Alma-Alta, organizada pela OMS e pela UNICEF, os Cuidados de Saúde Primários foram identificados como a estratégia para obter "Saúde para Todos no Ano 2000".

Em Portugal, o conceito de C.S.P. surgiu em 1975 através da ligação à comunidade que Cardoso Ferreira conseguiu introduzir durante o Serviço Médico à Periferia. Tal teria estado na origem da noção de "Equipa de Saúde", tal como a entendemos hoje.

Três anos mais tarde, o Centro de Saúde de Aljustrel instituía a gestão participada por objectivos. Em 1986, nesta unidade alentejana o funcionamento por equipas de saúde era o passo seguinte.

Em 1990, muitos Centros de Saúde Portugueses adaptam os seus recursos e a sua realidade a um modelo promissor, cujo balanço em Aljustrel e no distrito de Beja é positivo.

O João Alfredo alongou-se sobre factores negativos e positivos, obstáculos das equipas de Saúde.

No final, perguntámos: "Quem é que já está trabalhando em equipas de saúde, segundo este modelo?"

A Cristina disse logo: "O meu administrativo é um antigo sapateiro que não é capaz, não atinge a mudança de mentalidade que o processo das equipas vem trazer. Nem é capaz de mudar a numeração dos processos familiares... Tenho eu de fazer tudo".

A seu lado, o José Manuel, trabalhando na mesma unidade de saúde, acrescenta em jeito de síntese: "Se o processo caminha depressa demais, alguns elementos não acompanham..."

Outro José salienta uma limitação do novo horário das equipas, em turnos contínuos de seis horas: "Se o utente vai fora do horário da sua equipa, não é atendido..."

O Fausto do outro canto da mesa parece defender o João Alfredo: "O trabalho em equipa tem grandes vantagens. Ontem, por exemplo, tive de ir a Lisboa. Na minha ausência, os outros elementos da equipa resolveram todos os problemas. Ninguém foi para casa sem ser atendido. O importante é resolvermos o problema do utente!"

"Ninguém?!" exclamou o José dos horários. "Não acredito nessa..."

Ripostou o Fausto: "Bom... dos 14 utentes marcados para ontem havia uma criança com febre. Foi enviada para a consulta de recurso, aqui mesmo, funcionando para casos como esse."

"Outra vantagem" continuou ele, "é a personalização que o utente assim consegue no atendimento. Eu digo-lhe quem é o administrativo e a enfermeira que lhe podem resolver o problema, e eles ficam todos contentes..."

"O problema que eu vejo" voltou a Cristina "... é a falta de preparação de alguns elementos".

A Fernanda, que trabalha na mesma unidade que o Fausto e o João Alfredo, é peremptória: " Há um salto qualitativo no nosso trabalho, facilitado pela existência de um módulo para duas equipas funcionarem, cada qual com a sua cor. A minha é azul, e as pessoas já sabem..."

A Lucinda, trabalhando numa extensão do seu Centro de Saúde, lamenta a dependência da sua "secretária" (nova designação para a funcionária administrativa), face ao chefe do sector administrativo. Não aceita marcações de consulta por telefone 48 horas antes da consulta...

Coloquei ainda nova questão, mas os trabalhos estavam atrasados... Era já meio-dia. Outros colegas apresentaram comunicações. Eram muitos.

LEITURAS

- CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

OMS. As metas da saúde para todos. Ministério da Saúde, Departamento de Estudos e Planeamento, Lisboa, 1985

- EQUIPAS MULTIDISCIPLINARES

Durval M et al. "Equipas multidisciplinares e gestão participativa por objectivos. *Arquivos de Saúde Pública*, 1989

15 - QUAL É A TUA OPINIÃO?

Eram quatro horas da tarde e, ao redor de uma mesa grande, estávamos ainda muitos, orientados e orientadores. Todos médicos da carreira de Clínica Geral /Medicina Familiar.

Quando um dos colegas apresentou uma comunicação sobre a problemática da toxicodependência, falou-se das alternativas de recuperação.

Aproveitei para os interpelar, um a um. "Qual é a vossa opinião sobre a Associação *Le Patriarche*. E porquê?"

A Fernanda foi a primeira a falar, sempre emotiva. Esta orientadora é contra esta Associação. Acha o seu sistema de recuperação caro, onde os toxicómanos são explorados através do seu trabalho. Considera preocupante a informação viciada, a promiscuidade sexual, a falta de transparência sobre os processos utilizados.

A seu lado, a Ana, orientada pela Fernanda, é também contra. Mais lacónica, responde-me que os métodos de trabalho não lhe agradam.

A Olinda, ao lado direito da Fernanda, e orientada por um colega ausente, no momento, é ainda contra. "A informação é viciada" diz ela.

Não me recordo o que disse a Lucinda. O João preferiu uma síntese ambígua. "Bons objectivos, maus meios."

O Rui como sempre, foi sincero. "Não conheço essa associação". O Vítor disse qualquer coisa parecida com "talvez". O Duarte lamentou que a informação disponível sobre a matéria fosse falseada por ambos os lados, provavelmente. Era uma alusão à campanha de oposição do meio médico tradicional.

A Cristina, embora com as dúvidas metodológicas já salientadas referia os bons resultados de que lhe tinham falado... A Natália, a seu lado, tinha uma posição semelhante.

O Fausto, à minha direita, repetia sem cessar: "Não concordo. Sou contra". Não dava quaisquer razões para a posição tomada.

Foi quando chegou a vez do Mário, médico muito considerado por nós todos por se ter submetido à Formação Específica, com 60 anos, a humildade e discrição que é seu timbre.

Declarou-se a favor da Associação *Le Patriarche*. Embora considerasse negativa a recusa em administrar qualquer fármaco, valorizava de forma positiva a terapia ocupacional. Disse ele: "Os valores dos drogados

não são os mesmos que os nossos. É preciso utilizar uma estratégia própria".

A seu lado, o João Alfredo, director do Centro de Saúde em fase de formação, concordou em substância com o colega anterior. Eram dois a favor.

No fim, perguntaram-me, a Fernanda e a Ana: "E tu, qual é a tua opinião? Gostava de saber..."

"A questão é tão complexa e difícil de resolver que, se um toxicodependente quiser internar-se numa comunidade de *Le Patriarche*, eu não me oponho. Respeito essa alternativa.

Não tenho uma opinião mais fundamentada por falta de dados objectivos".

16 - A HISTÓRIA DE PAULA

Conheci-a ontem, trazida pelo irmão um pouco mais velho. Estava irritada com o motorista do táxi que a tinha trazido, estava confusa, e não sabia ler...

A Paula não era capaz de ler em letras capitais o filme da sua vida. Estava em cartaz: "Desapareceu de casa dos pais", o título do filme que corria as bocas daquela cidadezinha de província.

Conheci-a ontem, a Paula.

Teimosamente o cabelo escondia-lhe a cara, e os olhos claros eram tensos, metálicos. Perguntou se podia fumar.

Martelava-lhe na cabeça uma pergunta, a mesma que todos lhe faziam, trinta e quatro mil vezes: "Porquê?"

Por cada batida do coração.

Finalmente, olhava para mim. E começou a falar, atropelando as palavras. Era uma menina de dezassete anos, boas notas, desconhecida para os outros e, sobretudo, para ela própria.

Era o bastante para assustá-la.

Esta era uma pergunta que fazia sentido para a Paula. "Quem sou eu?" Mostrava-me as cicatrizes cruzando os antebraços, sempre exasperada.

Conversar com os pais, com os irmãos, para dizer o quê? Nem ela própria sabia... Neste momento, agarrava a cabeça com as mãos, nem conseguia pensar...

Propus-lhe um jogo.

Representei dentro de um círculo, em círculos maiores ou menores, as pessoas com quem vivia ou com quem me relacionava de perto: a minha mulher, os meus filhos, o meu pai e os meus irmãos. Pus em cada círculo a inicial correspondente ao nome respectivo. Disse-lhe:

"Este sou eu".

Paula, agora é a tua vez. Desenha-me o teu círculo, e põe as pessoas lá dentro ou cá fora, se entenderes. Diz-me quem são, e o que significam para ti. No meu jogo, havia uma proibição que a encantava tanto como a mim: não se pode perguntar "porquê".

Gosta de todas as pessoas que estão dentro do círculo. A Sandra é uma miúda que embirra sempre com ela, não percebe, não gosta mesmo dela, e pronto. É a única representada fora do círculo (ver quadro 10).

À esquerda de cima para baixo representa os avós, os amigos em círculo e com tamanho aproximado, e o Luís, o irmão mais velho. O Luís gosta muito dela, e ela retribuiu-lhe.

Ao centro, o namorado (é mais um amigo que a ouve) é o Castro, e abaixo, o pai, um círculo minúsculo. O Castro tem direito a um círculo bastante grande, o maior de todos.

À direita, um círculo para a mãe e outro minúsculo para o Pedro, o outro irmão.

- Este jogo permitiu fazer-lhe algumas perguntas.

As perturbações de comportamento começaram há 1 ano, após ter rompido com o primeiro namorado, o Alberto (uma relação mais intensa que a actual). Baixou os olhos.

- Quem rompeu, então? Fomos os dois, de mútuo acordo. Não dava. Ele fumava erva, cocaína, injectava-se, e os meus pais sabiam disso. Pressionaram-me, e eu também não concordava com a droga.

- E tu também fumavas?

- Só fumava um charro de vez em quando, ou umas chinezinhas. Só me comecei a injectar, depois da nossa relação ter acabado. Não sei porque o fazia.

- Estás dependente da heroína?

- Não, não estou.

- Quando foi a última vez que te injectaste?

- Três dias antes do meu aniversário.

A verdade é que, desde o rompimento com Alberto, a sua cabeça ficou baralhada. E funciona por impulsos, paroxismos, por cortes.

Quando os pais da Paula foram chamados ao Liceu da cidadezinha de província porque tinham detectado muitas faltas às aulas, nem assim compreenderam. As boas notas continuavam.

Um dia, a Paula desapareceu. As pessoas exclamaram: "Boa aluna. Conheço bem os pais e a família. Porque teria feito aquilo?"

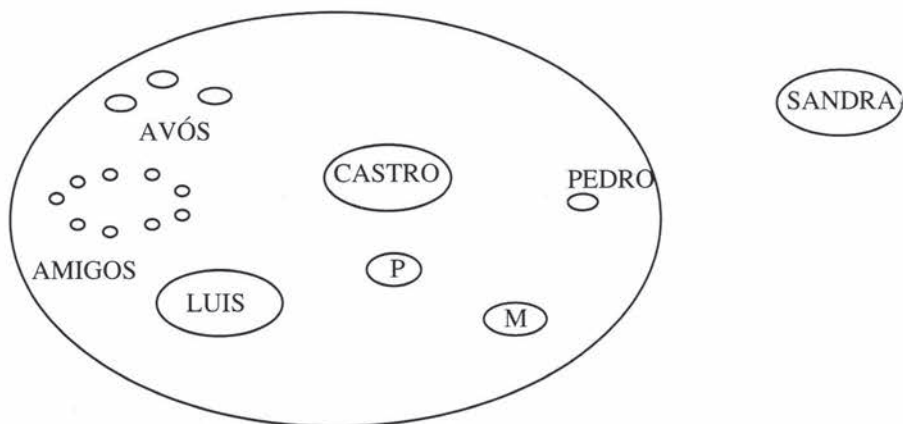
Desenhando o seu círculo familiar, a Paula, como a arrumadora do cinema, indicou o lugar do bilhete, o meu.

Onde poderia ler em letras capitais o filme em cartaz, «Desapareceu de casa dos pais». Convidei-a a ver comigo o filme, em que era protagonista.

Estava vestida de preto.

Eis o desenho que a Paula fez.

QUADRO 10
CÍRCULO DE THROWER I



QUADRO 11
CÍRCULO DE THROWER II

OS AMIGOS DA PAULA

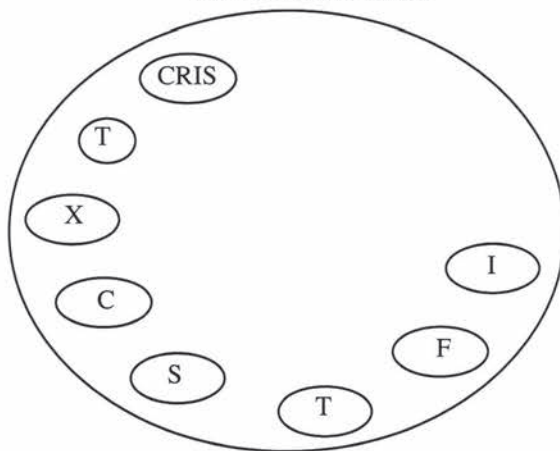
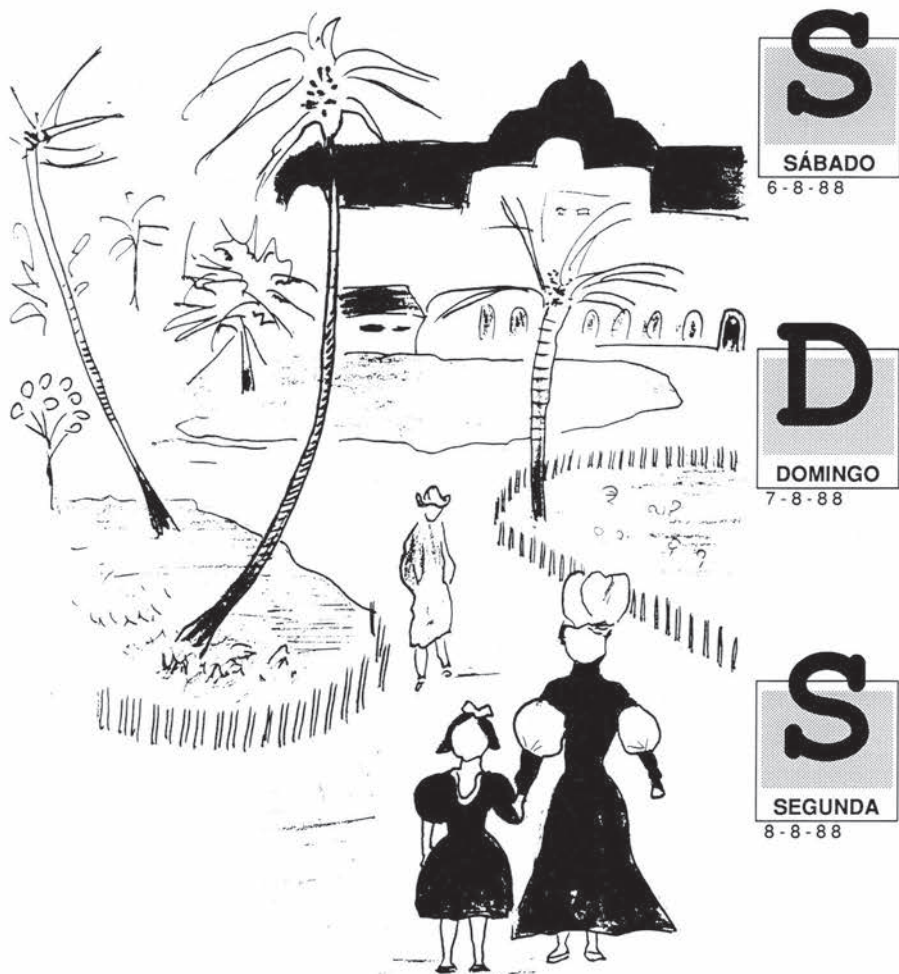


FIGURA 2



17 - A MINHA FILHA FUMA

**"A vida é um hospital
onde quase tudo falta.
Por isso ninguém se cura
E morrer é que é ter alta"**

Fernando Pessoa
"Quadras ao gosto popular"

Quando estava em Formação Específica, abordei o caso numa sessão de trabalho. O Dr. Daniel Sampaio, psiquiatra e terapeuta familiar, orientou a discussão de forma profícua.

A paciente um dia chega ao consultório e, após o ritual necessário, desfechou-me:

- Senhor doutor, a minha filha... fuma!

Esta questão tinha importância para a D. Augusta. Quem era a D. Augusta?

Entre 1975 e 1984, foi observada através dos então Serviços Médico Sociais, tendo tido 9,7 consultas por ano em média. Os produtos prescritos haviam sido pomadas, cremes e geles de dezasseis qualidades diferentes ("Hirudoid", "Halibut", "Opino-gel", etc.), polivitamínicos e antigripais de oito qualidades diferentes.

Os motivos de consulta, até se inscrever na minha lista de utentes, eram por infecção respiratória aguda ou recidivante (10 vezes), observação de exames (9 vezes), prurido generalizado ou local (3 vezes), entre outros.

Entre os exames realizados, o estudo radiológico do apêndice cecal (não se visualizava o dito), hiperuricémia ocasional, dislipidémia provavelmente do tipo IV. Tinha excesso de peso (índice da massa corporal 25,3), e tensão diastólica elevada (100 mm), por três vezes.

Estes dados cronológicos e o recurso aos serviços de saúde não explicam, contudo, quem era a D. Augusta.

ABORDAGEM FAMILIAR

A importância da biografia é central para a compreensão do seu comportamento, expectativas e atitudes.

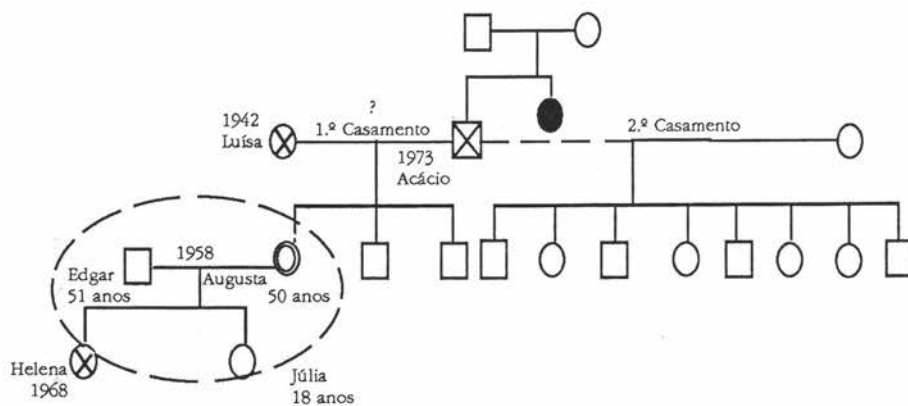
Para a conhecer, estabelecemos as LINHAS DE VIDA DE MEDALIE, e realizámos o GENOGRAMA FAMILIAR. Perguntámos ainda o seu CICLO DE VIDA FAMILIAR.

QUADRO 12

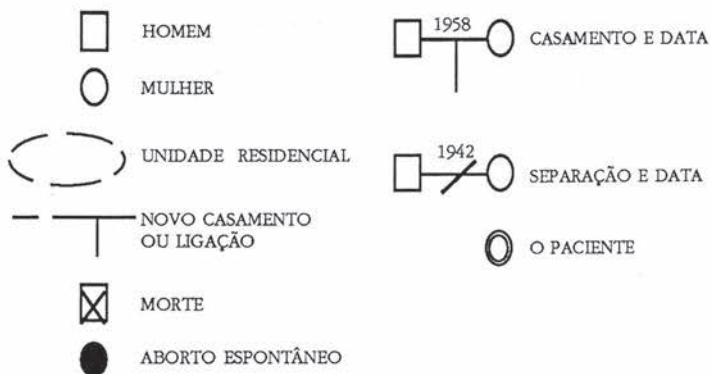
LINHAS DE VIDA DE MEDALIE	
AUGUSTA NASCE	1937 EM BRAGA
MORRE LUISA	1942 MÃE DE AUGUSTA
AUGUSTA CASA	1958 COM EDGAR
NASCE HELENA	1964 ABANDONO DA PROFISSÃO
HELENA MORRE	1968 APÓS TER FEITO AMIGDALECTOMIA
NASCE JÚLIA	1969
MORRE ACÁCIO	1973 PAI DE AUGUSTA
	1984 MENOPAUSA

QUADRO 13

GENOGRAMA FAMILIAR

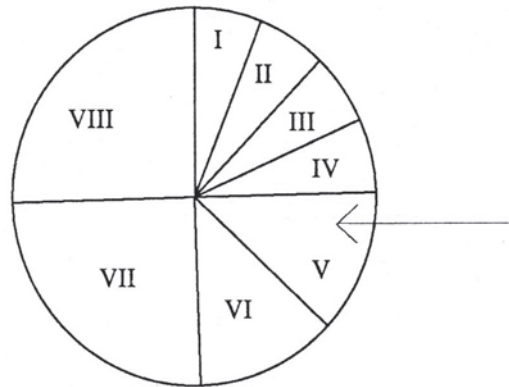


SIMBOLOGIA



QUADRO 14

CICLO DA VIDA FAMILIAR



ESTÁDIO V - FAMÍLIA COM ADOLESCENTES
(FILHO MAIS VELHO 13-20 ANOS)

SIGNIFICADO - CONSOLIDAÇÃO E ABERTURA

TAREFAS - CONTRIBUIR PARA O EQUILÍBRIO ENTRE A LIBERDADE E A EMAN-
CIPAÇÃO NOS ADOLESCENTES

- PROCURA DE NOVAS ÁREAS DE INTERESSE E MESMO CARREIRAS PROFIS-
SIONAIS, ALÉM DA EDUCAÇÃO DOS FILHOS

- DAR ASSISTÊNCIA ADEQUADA E PROPORCIONAR RITUAIS APROPRIADOS À
SAÚDE DOS FILHOS (...)

DESCRIÇÃO DO CASO

De início, a comunicação foi difícil de se estabelecer. A D. Augusta era assídua, queixando-se de dores na garganta, astenia ou prurido nos membros inferiores. Em 1984, realizámos vários exames para excluir patologia orgânica.

Os resultados estavam negativos, e as queixas variadas repetiam-se.

Procurámos fazer uma viagem com ela até ao passado, visitando pontos de conflito. Nessa altura, colhemos a linha de vida de Medalie, realizámos o genograma familiar, avaliando e dissecando etapas e pormenores.

Quem era a D. Augusta? Porque tinha tanto significado a Júlia fumar?

No entanto, no "puzzle" familiar faltava qualquer peça... Se já nos tinha dado uma pista importante lamentando a ausência do marido toda a semana por motivos profissionais, só à 14ª consulta nos falou de Helena.

Aos 4 anos de idade, Helena tinha falecido, onze dias após ter sido realizada amigdalectomia com êxito aparente. A causa da morte era-lhe desconhecida.

A morte da primeira filha é um facto capital na sua biografia. Nessa altura, abandonava a profissão de professora primária. Trocava a autonomia pela vida do lar.

A partir daí, apesar de correcta, o comportamento com os médicos é reivindicativo: "queria uma pomada para a minha perna", "vinha para fazer uns exames" etc.

Recorrendo a um psiquiatra anos mais tarde, sai do consultório logo à primeira pergunta: "Está de luto pela morte da sua filha?" De facto, estava de luto pela morte do seu pai. (ver quadro 12)

Na realidade, o seu zelo maternal foi investido por completo na Júlia, a filha mais nova.

Traz-nos a Júlia vezes sem conta. Mãe e filha estão "constipadas", e o arrastar da situação coloca interrogações ao médico.

Outras situações são intrigantes. Porque é que a D. Augusta deixou a Júlia ser alvo de amigdalectomia tendo tido o infortúnio com Helena anos atrás?

Porque é que Júlia se recusa a ir à consulta de Ginecologia (atraso no aparecimento da menarca)?

DISCUSSÃO

Quando colocámos o caso da D. Augusta para discussão os problemas identificados foram:

- "Nova família" para a D. Augusta (ver quadro 13), quando o pai voltou a casar e teve oito filhos
- A morte da mãe, quando ela apenas tinha 5 anos
- Que suporte podia obter dos irmãos? Onde viviam?
- E a família de Edgar poderia ajudá-la a combater a solidão?
- O emprego de Edgar, longe da casa onde residiam, era um factor de erosão?

- A morte de Helena tinha sido um acontecimento influente?

Alguns colegas perguntaram-me a data do 2º casamento do senhor Acácio, pai de D. Augusta. A madrasta era ainda viva? O casal poderia mudar a residência para o local do emprego?

O Dr. Daniel Sampaio salientou a duplicidade da D. Augusta em relação à figura do médico. O médico era uma figura parental devido à perda de uma outra figura, na infância, existindo ambivalência de sentimentos (amor/ódio).

Era relevante, também, o facto de Helena ter falecido, quando (ver quadro 12) a D. Augusta estava grávida de Júlia. Passou a haver uma projecção afectiva na filha mais nova, alvo de superprotecção.

As expectativas de D. Augusta e, talvez do senhor Edgar (nunca foi à consulta), chegaram a um ponto de ruptura. Atente-se no ciclo de vida familiar (ver quadro 14).

A D. Augusta vê a sua única companhia tomar corpo de mulher, galgar anos nos estudos. Neste contexto, que quer dizer: "a minha filha fuma, senhor doutor!?"

O Dr. Daniel Sampaio dá-nos a resposta. O fumo quer dizer... a companhia dos rapazes. A Júlia convive com os rapazes. É um problema de autonomia e de controlo, como já vimos.

A adolescência de Júlia é uma ameaça para a D. Augusta. Júlia é sensível a esse facto, quando ela própria recusa a ida à consulta de Ginecologia.

Curiosa é a ausência física, emocional e social do marido, repetindo de alguma forma a separação que o segundo casamento do pai de D. Augusta representou para ela.

Todas as famílias, e esta não foge à regra, dispõem de recursos para procurar soluções de equilíbrio. No nosso caso, a capacidade de ouvir as suas queixas, a companhia que lhe fizemos na viagem dolorosa ao passado, a aceitação dela tal como é, garantem-nos poder continuar a ser um interlocutor para esta família.

"A abordagem sistémica", segundo o Dr. Daniel Sampaio, "consta do levantamento da situação, e da criação de alternativas terapêuticas que não passem pelo médico". É a abordagem adequada à compreensão da família.

LEITURAS

- AVALIAÇÃO FAMILIAR

Agostinho M, Rebelo L. Família: do conceito aos meios de avaliação. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, (n.32), 1988.

- TERAPIA FAMILIAR

Sampaio D. Gameiro J. *Terapia Familiar*. Edições Afrontamento. Porto, 1985

- ABORDAGEM SISTÉMICA

Christie-Seely. A Família como sistema. In: *Abordando a família em cuidados primários*. Capítulo 1. Ed Praeger, 1983

CAPÍTULO III

« O trabalho é um jogo em que o adversário somos nós mesmos. Não conheço maior alegria do que ganharmos a nós mesmos. E, no entanto, demora a descobrir...»

Lídia Jorge, escritora

18 - VOU FALAR-VOS DE...

Falar em público, dirigido a uma audiência, é difícil. Fazê-lo sobre um assunto profissional e dirigido a profissionais do mesmo ofício é um desafio estimulante.

Conhecer a motivação e as expectativas do público a que nos dirigimos é essencial para orientar a nossa apresentação do tema. Montaigne dizia: "A palavra é metade de quem a profere e metade de quem a escuta".

A preparação do tema é de inestimável interesse, sobretudo, para quem serve de modelo aos seus pares, como sucede com o Orientador de Formação.

Preparar um tema para apresentação pública exige duas condições básicas: gostar do tema e seguir as técnicas de comunicação.

A primeira permite o entusiasmo do orador que convence, e a segunda garante o sucesso.

Preparar um tema supõe a resposta às questões clássicas: o quê, onde, quem, quando, como e porquê. Permite ao orador apresentar-se.

"Chamo-me Flávio Silva, concertista de flauta e professor no Conservatório Nacional. Vou falar-vos, brevemente, sobre o *controlo da respiração*, durante 15 minutos.

Usarei o microfone para que me ouçam, e trouxe uns *slides* para vos explicar melhor o tema. Convidaram-me para falar porque sendo asmático até à idade adulta deixei de o ser quando comecei a tocar flauta".

COMO PREPARAR

Comecemos pelo título: deve ser capaz de informar e chamar a atenção, tal como os títulos das notícias de primeira página nos jornais. Por isso, geralmente, é breve e directo.

Quanto ao conteúdo, basta alinhar as principais mensagens a transmitir numa ordem lógica. Cada uma servirá de tópico para o desenvolvimento da ideia, e de referência para quem ouve.

A linguagem a utilizar não pode ser a mesma de um artigo para o jornal. Permitirá o reforço das principais mensagens.

Que diferenças há em relação a um artigo científico?

A personalidade de quem fala, o seu aspecto podem ser utilizados para aumentar a ressonância dos termos utilizados ou para lhes conferir consistência. O aspecto deve ser clássico, quanto à indumentária, para não distrair a audiência.

O facto de não haver a impressão em letra de forma, numa revista (sem hipóteses de corrigir), permite especulação sobre o assunto. Estas vantagens foram bem utilizadas por um médico em formação, conforme descrevemos no capítulo 2 ("Aventuras do Prião").

Tendo em conta a natureza do tema e a ocasião em que se dirige a palavra, o orador deve subordinar o tempo de exposição às circunstâncias de momento.

Se se trata de um Orientador de Formação, interessado em modificar atitudes relativamente à abordagem da mulher histérica, o seu interesse centra-se mais no debate do que na exposição oral. Se tiver possibilidade de trazer um documentário em vídeo, a captação do interesse da audiência será mais fácil.

A estrutura do caso-problema ou do "case-report" a apresentar deverá ser a mais simples possível, em Clínica Geral/Medicina Familiar: introdução, descrição e conclusão (problemas e plano).

A preparação da exposição deverá ter em conta que é preciso distribuir os recursos ao longo do tempo: em primeiro lugar, as palavras serão novidade assim como a nossa própria voz; em segundo lugar, a estrutura e os tópicos do tema serão pontos de referência; em terceiro lugar, o desenvolvimento do tema permitirá o reforço dos tópicos ou alguma especulação à volta deles.

Finalmente, quando já passaram vinte minutos, o uso de "slides" ou do suporte visual é bem-vindo, bem como o recurso a uma história pitoresca ou a uma pergunta provocadora.

Fatalmente, ao longo do tempo, a atenção será mais difícil de manter.

A preparação supõe uma escolha, também: falar a partir de um artigo escrito ou falar de improviso, a partir de tópicos. Esta segunda hipótese é preferível, porque permite falar virado para a audiência, captando a sua atenção e verificando eventuais reacções de tédio ou desinteresse.

O uso de recursos audiovisuais deve ser ajustado ao ritmo e ao interesse da exposição. De qualquer modo, já todos dormimos numa sala escurecida, ao som frenético de "slides" ininterruptos... Porquê?

Porque os "slides" não podem ser usados como auxiliar de memória.

Mary Evans em "HOW TO DO IT" explica que, se as pessoas são obrigadas a concentrar-se na mensagem do "slide", não estão a ouvir o prelector. Dá-nos uma regra:

Se um "slide" não pode ser compreendido pela audiência em quatro segundos, é um mau "slide".

A conclusão deve respeitar uma regra: o regresso às linhas de força ou tópicos anunciados na introdução fornece uma sensação à audiência de que o tema foi tratado, realmente. Não devem ser incluídos novos factos na conclusão.

Pondo de parte as excepções, a comunicação é obra de preparação e treino.

COMO ACTUAR

O Orientador, ao expôr um tema, deve seguir alguns princípios básicos: atrair a atenção do auditório (perguntar até que ponto é uma área bem treinada, contar um episódio da vida real), dar um sumário (a compreensão da estrutura, sequência e tópicos é preciosa para quem quer aprender), fazer perguntas concretas sobre o tema, utilizar recursos audiovisuais, mostrar equipamento, apresentar pacientes para observação e contacto, colocar a audiência perante situações de opção: "dir-lhe-ia que tinha cancro?", repetir os tópicos principais, e aconselhar algum livro sobre o tema.

É importante que o Orientador se aproxime dos níveis de conhecimento da audiência, sondando as lacunas e os pontos de conflito. Ou que realize testes de avaliação, uma semana após. Sobre o uso de transparências ou acetatos, no retroprojector, há referências também no capítulo II (O QUE PARECE, É). Os microfones, necessários num grande auditório, podem ser evitados, ou sujeitos a regras de uso muito simples: falar a uma distância constante, preferir o microfone que se coloca na lapela.

Num momento de grande tensão, como é falar em público, por vezes, o controlo da respiração é o segredo. Se enchermos o peito de ar é mais difícil tropeçar nas palavras ou deixar cair as frases. No entanto, a falta de auto-estima é o principal obstáculo, criando uma situação embaraçosa. Num pequeno grupo, é mais fácil...

LEITURAS

- COMO PREPARAR UMA COMUNICAÇÃO ORAL

Shields R. How to do it. Edição de Stephen Locke (BMA) 2ª edição, Londres. 1985.

- COMO ACTUAR NA COMUNICAÇÃO ORAL

Leech R. How to do it. Edição de Stephen Locke (BMA), 2ª ed. Londres 1982.

Abbatt FR. Ensinar para melhor aprender - Um guia para formadores de profissionais dos cuidados de Saúde primários. OMS, Genebra, 1980.

19 - O TELEFONE

Trata-se de um assunto mal conhecido e, provavelmente, mal amado em Portugal, se nos lembrarmos ainda do peso da "Medicina das Caixas". Quer a prevenção quer a continuidade de cuidados foram durante décadas letra morta.

Neste contexto, receber um telefonema, e outro, e outro, durante a consulta, era perturbador, incómodo e imoral. Pois se tantos utentes esperavam na bicha pelo direito a uma consulta fugaz, porque é que alguém, subvertendo o esquema de marcações, procurava resolver o seu problema?

Na "Medicina das Caixas" os cuidados prestados centravam-se no modelo administrativo. O poder pertencia ao funcionário administrativo, escondido atrás do guiché. "O senhor doutor só vê doze doentes!"

Nos Centros de Saúde Integrados, após 1971, os cuidados prestados centravam-se no modelo médico, repartido por valências. "O senhor doutor só vê crianças!". A enfermeira de Saúde Pública, dedicada a tarefas de prevenção e educação para a saúde, tinha um papel substantivo e de influência.

Após a criação da carreira de Clínica Geral, em 1982, o panorama não se modificou. O ingresso na Formação Específica, o modelo de trabalho multidisciplinar arrastaram a partir de 1986-1988 novas exigências orientadas pelo perfil do médico de Clínica Geral/Médico de Família e pelas necessidades dos utentes.

Atender o telefone constitui um serviço, mais um serviço incluído na gama de serviços de que o utente dispõe para ter acesso a cuidados de saúde.

É uma marcação de consulta, uma informação? O secretário da equipa responde e orienta se necessário, encaminha o contacto telefónico para outro elemento.

É uma consulta de risco que necessita (Planeamento Familiar, Saúde Infantil)? A enfermeira avalia, e propõe datas, horários.

É uma dúvida sobre a medicação prescrita ontem? O médico de Clínica Geral/Médico de Família interroga, informa, tranquiliza. Ou pede a marcação da consulta.

O USO DO TELEFONE É MÚLTIPLO, FUNCIONANDO EM AMBOS OS SENTIDOS. É PARTICULARMENTE ÚTIL AO IDOSO QUE TEM MEDO DA NOITE E AO MÉDICO QUE QUER UMA AMBULÂNCIA.

AMANHÃ SERÁ A VEZ DO FAX, DO VIDEOTEX E DE OUTROS INSTRUMENTOS.

A UTILIDADE DO TELEFONE

"A informação sobre o uso do telefone no Reino Unido é limitada, e só raramente é matéria para comentário nas revistas britânicas" escreveu Lesley Hallam, em 1989. Em Portugal, não conhecemos qualquer estudo realizado, ou publicado sobre o assunto, talvez pelas razões históricas já apontadas.

Alexandre Bell, o inventor do telefone, usou-o pela primeira vez em circunstâncias dramáticas. Queria pedir socorro médico devido a uma queimadura provocada pelo derrame de uma bateria contendo ácido sulfúrico.

E, ao contrário, o uso do telefone pelo médico pode ser de grande auxílio? Em 1897, a revista LANCET noticiou o uso do telefone por um médico. Queria ouvir a respiração de uma criança suspeita de ter "croup" (difteria).

As possibilidades de ser usado cresceram de forma explosiva nos últimos anos. À medida que o acesso aos cuidados de saúde crescia, o risco de receber uma chamada telefónica de um hipocondríaco tornava-se crescente. Quantas vezes fora de horas...

Hoje, o telefone é instrumento do equipamento médico, como o estetoscópio. O seu uso varia muito, consoante o nível sócio-económico do país e o sistema de saúde praticado.

Assim, se no Reino Unido é pouco usado, nos Estados Unidos da América calcula-se que um médico de Clínica Geral/Médico de Família receba 150 a 300 chamadas telefónicas por semana. Cerca de metade das chamadas teria um motivo clínico, e as mulheres eram as principais utilizadoras. Também os pediatras recebiam um elevado número de chamadas telefónicas, não das crianças, mas das mães ansiosas.

CONTACTO OU CONSULTA?

Os estudos nos Estados Unidos da América, Canadá e Israel mostram dificuldade em distinguir o que é um motivo administrativo e um motivo clínico.

Perguntamos, então: trata-se de um contacto ou de uma consulta?

O Real Colégio Britânico de Clínicos Gerais, no seu glossário, define uma consulta como "uma ocasião na qual um paciente recebe aconselhamento profissional, ajuda ou tratamento do seu médico".

É um contacto, quando o paciente telefona para marcar consulta, mesmo quando fala com o médico.

É uma consulta quando a definição anterior se aplica, mesmo que a indicação médica seja transmitida pelo secretário ou pela enfermeira.

A dúvida é legítima, quando o paciente telefona a pedir repetição de uma receita ou de um exame.

São as consultas telefónicas utilizadas, sobretudo, para responder a problemas ou episódios agudos, ou a problemas crónicos? A experiência depende muito do tipo de população utilizadora, dos modelos de relação com a equipa e a instituição, e do sistema de saúde, por exemplo.

A INFLUÊNCIA DA FORMAÇÃO ESPECÍFICA

Todos temos consciência dos riscos que o profissional de saúde corre, discutindo um problema de saúde com o paciente ou o familiar por telefone.

Os erros mais frequentes são a recolha imprecisa de informações, a resposta prematura ou apressada, e a comunicação defeituosa.

Seria interessante estudar quantas palavras o emissor consegue reproduzir daquilo que ouviu do receptor, um minuto e cinco minutos após? A ansiedade impede uma adequada memorização e só ao fim de dois a três minutos estão os dois interlocutores mais aptos para voltarem a perguntar as mesmas coisas.

A atitude de um profissional de saúde, e mesmo de um paciente, pode ser treinada; utilizando gravações de consultas por telefone simuladas é possível aprender e ensinar, mas não há unanimidade nesta questão.

O problema da relação custo-benefício é legítimo de se colocar, também. A sua análise deve contemplar todos os aspectos de natureza emocional, preventiva e educativa, entre outros.

Noutros países, existem indícios de que um terço ou um quarto das chamadas de urgência nocturnas poderia ser resolvido por telefone. O papel do médico de clínica geral pode ser extremamente importante, quando se responsabiliza por indivíduos, famílias e pela comunidade. Na verdade, o aumento imparável do número de idosos nas listas cria necessidades de apoio, suporte e tratamento. A existência de verdadeiras equipas multidisciplinares deverá funcionar como condição prévia ao êxito dos cuidados a prestar.

Há uma tendência para permitir ao idoso o direito à sua residência, à sua rede de vizinhos, ao cheiro da roseira trepadeira, à algazarra dos miúdos.

Para que tal seja possível é necessário criar mecanismos de apoio social. A autonomia do idoso deve ser estimulada, permanentemente, por programas comunitários onde a autarquia, a escola, a Santa Casa da Misericórdia, o Centro Regional de Segurança Social possam cooperar. É um exemplo excelente AS FÉRIAS EM SAÚDE, projecto desenvolvido a partir do Centro de Saúde de Oeiras e, também, em Vila do Conde.

QUADRO 15

EXPERIÊNCIA PESSOAL

CONSULTAS TELEFÓNICAS

MÊS _____ ANO _____

DIAS DE CONSULTA _____

DIA	HORA	ORIGEM	CONTACTO	NOME	MOTIVO	TELEFONE
		DL SS TP OUTRAS	PARENTESCO VIZINHO PRÓPRIO		S/P AC AD OUTROS	SIM/NÃO
				LEGENDA DL - Domicílio SS - Serviços de Saúde TP - Telefone Público S/P - Sintoma/Problema AC - Aconselhamento AD - Administrativo		

QUADRO 16

CONSULTAS TELEFÓNICAS

Nº	SEXO	NOME	DATA	MORADA	MÉDIA	N/R/D
		LEGENDA Nº - Número do Processo Familiar Data - Data de Nascimento Média - Média de Consultas Anual N/R/D - Contacto Necessário/Razoável/ /Desnecessário				

Já foi feito um estudo sobre a relação custo-benefício de instalar um aparelho telefónico na residência de todos os idosos e deficientes?

Gratuitamente.

Esta iniciativa foi tomada já noutros países. Por serem países ricos? Ou por considerarem fundamental uma verdadeira política social?

EXPERIÊNCIA PESSOAL

Nos meses de Novembro, Dezembro de 1989 e Janeiro de 1990, foi aplicado um protocolo de registo das consultas telefónicas recebidas pelo médico na consulta de Clínica Geral/Medicina Familiar.

Foi anotado o mês, o ano, o dia e a hora, a origem da chamada telefónica (a partir do domicílio, de serviços de saúde, de telefone público ou de outro local), a identidade e parentesco de quem fez o contacto, o nome do paciente, o motivo da chamada telefónica (problema de saúde, aconselhamento, motivo administrativo ou outro), se no domicílio tinham ou não telefone, o número de processo, data de nascimento, residência,

média de consultas por ano e a classificação segundo a pertinência do pedido (necessário, razoável e desnecessário).

Não foram registadas as chamadas telefónicas recebidas por outros profissionais de saúde.

Que resultados foram obtidos?

Houve 68 contactos telefónicos, correspondendo a 46 dias úteis de consulta. A média diária foi de 1,47.

Em que horas do dia ocorreram, preferencialmente? Cerca de metade (53%) entre as 10 e as 12 horas. Registe-se a existência de 5 chamadas telefónicas (7%), depois das 14 horas, isto é, fora do horário de consulta.

Quem fez o contacto telefónico com o médico?

Em 41,3% dos casos foi o próprio paciente a fazê-lo, em 16% dos casos foi o cônjuge, em 14,5% dos casos foram outros parentes, em 10% dos casos foram os pais e também os filhos, e a amiga ou vizinha em 4% dos casos.

A origem dos contactos foi o domicílio do paciente em 60% dos casos, de outros locais (incluindo o local de trabalho) em 26% dos casos, de telefone público em 11% dos casos, e apenas um caso partiu do hospital.

O telefone existia em 67% dos casos registados, no domicílio do paciente.

O predomínio das mulheres (64%) não é surpresa, face ao consumo habitual da consulta ordinária. Se no sexo masculino houve equilíbrio entre a frequência do escalão etário dos 15-48 anos e superior aos 65 anos, no sexo feminino, as mulheres com mais de 65 anos predominam com 52% dos casos, vindo a seguir o escalão entre os 15.49 anos (25% dos casos).

Confirma-se, aparentemente, a tendência internacional: as mulheres idosas predominam no contacto telefónico com o médico.

A maioria dos contactos veio da área urbana (76% dos casos), situação sobreponível ao que se passa na consulta ordinária.

Predominam nos contactos telefónicos os pacientes que, durante o ano, haviam tido 2 consultas (23,5%), 3 consultas (20,5%) em média.

Quanto à pertinência dos contactos, a maioria foi considerada como "necessária" ou "razoável", sendo 33% considerada "desnecessária" (um terço dos pedidos).

Finalmente, quanto à natureza do contacto, 57% foram considerados "administrativos", 20% relacionados com problemas de saúde, 14,5% relacionados com "aconselhamento", 7,3% relacionados com "outros motivos".

A dificuldade em distinguir os problemas administrativos dos problemas de saúde repercute-se nos números apresentados. Em todo o caso, a extrapolação não poderá ser feita, face ao pequeno número de dias de observação.

Que significado terá um número tão elevado de "motivos administrativos" em relação com a pertinência acima descrita? Nos "motivos administrativos" foi incluído o contacto para repetição de prescrição ou de exames, por um lado, e, por outro lado, a "pertinência" é um conceito demasiado subjectivo para permitir outras ilações.

CONCLUSÕES

A utilização do telefone é bem-vinda. Permite diversificar o acesso a cuidados de saúde primários, diminuir a angústia perante determinadas questões administrativas ou relativas à terapêutica, contactar com a equipa de saúde solicitando a visita domiciliária ou o encaminhamento. Estas são algumas vantagens para o paciente.

Para a equipa de saúde, a utilização do telefone permite contactar serviços de saúde quando algum paciente ficou internado na urgência, contactar familiares para solicitar uma reunião multidisciplinar, desconvocar ou convocar uma consulta de risco.

Existem poucos estudos sobre a utilização do telefone e a relação custo-benefício. A situação vulnerável do velho ou das populações isoladas deveria merecer outra atenção, porque o telefone, inventado há mais de 100 anos por Alexandre Bell, é o único meio de contacto.

Em relação ao uso pelos pacientes, é recomendável disciplinar o horário de acesso. Tal evitará interrupções constantes da entrevista clínica.

Tendo algumas equipas de saúde o horário contínuo de seis horas, o período de paragem, próximo das 11 horas, seria o ideal. Cada equipa de saúde saberá encontrar o modelo de relacionamento mais rentável, e normas de triagem no atendimento.

- "Allô" diz uma voz aflita, sumida. "... Sou eu! "

- . . .

- " Sou eu, senhor doutor!"

- ?! (Na linha, ouve-se a secretária: Bom dia, faz favor de nos dizer o seu nome, número do processo, e o motivo do seu contacto...)

LEITURAS

- O USO DO TELEFONE

Hallan L. Vai ter muito que responder, Sr Bell. Uma revisão sobre o uso do telefone em cuidados de saúde primários. *Family Practice* 1989; 6 (1)

Marklund B, Bengtsson C. Conselho médico por telefone em centros de saúde suecos. Quem telefona e quais são os problemas? *Family Practice* 1989, 6 (1)

20 - VISITAS DOMICILIÁRIAS

Como identificar, caracterizar uma visita domiciliária realizada pela equipa de saúde, e apreciar a evolução do doente no que diz respeito à sua dependência?

O actual modelo de registo administrativo apenas incluía data da visita, o nome do doente, a morada, e a sua situação profissional: no activo ou pensionista.

O desejo de conhecer mais sobre este tipo de consulta incentivou-nos. Elaborámos protocolo para anotação das visitas domiciliárias (ver quadro 17).

O protocolo em causa tem dois objectivos: identificar e caracterizar o doente e a visita, por um lado e, por outro, aplicar uma escala de dependência.

IDENTIFICAÇÃO

A identificação de quem faz o pedido de visita domiciliária permite conhecer muitas vezes um elemento, uma personagem-chave da equipa que tratará o doente. É o familiar ou o vizinho.

O conhecimento do seu parentesco é útil para compreender a motivação com que participa no pedido ou no acompanhamento. Muitas vezes, é apenas uma voz ao telefone...

A indicação da morada é o mais importante numa zona rural, enquanto numa zona urbana a informação sobre o número do telefone é indispensável. A anotação do telefone, quer seja do domicílio do doente, quer do telefone público, é fundamental para identificar recursos e estabelecer contactos.

CARACTERIZAÇÃO

Saber o tipo de família do doente visitado é uma indicação indirecta sobre os recursos sociais de que dispõe. O uso de escalas de recursos sociais é limitado em Clínica Geral/Medicina Familiar, quando o médico é o único profissional de saúde da equipa.

A comparação entre o "motivo da consulta" e o "problema principal" (aquele que foi diagnosticado, na altura) permite conhecer discrepâncias significativas. Estas podem abrir novas pistas sobre a adesão ou não do doente ao tratamento, sobre o nível de auto-cuidados, e sobre as necessidades de educação para a saúde.

Existe justificação para a visita domiciliária? Tal é subjectivo, remetendo a discussão para os valores e expectativas do paciente e da família, o acesso aos cuidados de saúde e a variedade de serviços postos à sua disposição.

INSTRUMENTOS USADOS

Quanto à escala de dependência, preocupámo-nos em criar uma escala de fácil uso por qualquer profissional da saúde. Tem, por isso, uma estrutura qualitativa.

O doente faz a sua higiene ou não? Se existem algumas limitações, recomenda-se o uso de escalas de dependência quantitativas.

É útil para o efeito o índice de Katz (ou escala para as actividades da vida diária-ADL), aplicado a idosos, doentes crónicos ou deficientes residindo na sua própria casa.

Outros autores, preocupados em aplicar este índice também aos doentes internados em estabelecimentos geriátricos, associaram duas dimensões ausentes: a confusão e a agressividade.

Contudo, quando há implicações de natureza sócio-jurídica é preferível avaliar a integridade das funções mentais, aplicando o Questionário do Estado Mental (ver quadro 18).

Voltando à escala de dependência que escolhemos, podemos associar ao 2º parâmetro ("é continente?") uma função tão importante como esta: "é potente, sexualmente?"

Os "motivos de consulta" podem ser codificados com rigor, aplicando o ICPC (ver leituras).

OUTRAS ESCALAS DE DEPENDÊNCIA

Os cuidados prestados ao velho ou ao idoso estão em Portugal na Idade da Pedra. Todo o cidadão que se preza julga sempre: "velhos são os outros". Esta atitude, uma nova fobia relacionada com o tipo de civilização em curso, explica em parte por que razão o envelhecimento progressivo da população não é acompanhado da criação de estruturas de apoio.

Numa sessão realizada em Dezembro de 1990, Gomes Ermida (Hospitais da Universidade de Coimbra) traçava o retrato do país quatro anos atrás:

ESTRUTURAS DE APOIO	
HOSPITAIS GERIÁTRICOS	0
HOSPITAIS DE AGUDOS	0
HOSPITAIS DE CRÓNICOS E TERMINAIS	0
SERVIÇOS GERIÁTRICOS	0
CONSULTAS DE GERIATRIA	0
ESPECIALISTAS DE GERIATRIA	0

E hoje, a situação modificou-se? Temos uma consciência mais aguda dos problemas, provavelmente, devido ao papel da imprensa, revelando o escândalo de alguns "depósitos" de idosos em Lisboa.

O papel do médico de Clínica geral/Medicina Familiar está, mais uma vez, ferido de incongruência. A sua formação nesta área é escassa, o apoio de equipas multidisciplinares é heróico, singular, a capacidade de referência é quase nula.

Em todo o caso, publicamos em anexo (quadro 19-20) uma Escala Geriátrica por Graus, adaptada de Fraser Russell e Martin Hime, e já utilizada por nós. Permite apreciar a evolução do idoso dependente, estabelecer os problemas e os riscos, criando novas necessidades aos próprios serviços.

LEITURAS

- ESCALA DE DEPENDÊNCIA

Katz S, Ford A-B, Moskowitz B-A et al. Estudos sobre a doença nos idosos. O Índice de ADL: um padrão de medida sobre a função biológica e psicossocial. *JAMA* 1963; 185: 94

- TIPOS DE FAMÍLIA

Agostinho M, Rebelo L. Família: do conceito aos meios de avaliação. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 1988; n.º 32

- QUESTIONÁRIO SOBRE O ESTADO MENTAL

Nixon M, McCollum R. Geriatric Rehabilitation: a family practice approach. *Canadian Family Physician* 1989; 35 (Outubro)

- ICPC

Saraiva G. Codificação em clínica geral - ICPC. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* 1990; 7 (1)

- OUTRAS ESCALAS DE DEPENDÊNCIA

Russel F, Hime M. Rastreio funcional de gente idosa vivendo em casa. *The Practitioner* 1988 (Agosto)

QUADRO 17

REGISTO DE VISITAS DOMICILIÁRIAS

CENTRO DE SAÚDE		UNIDADE DE		MÊS DE		ANO DE	
DIA	CONTACTO POR	NOME	MORADA / TEL.	TIPO DE FAMÍLIA	MOTIVO DE CONSULTA	PROBLEMA PRINCIPAL	JUSTIFICAÇÃO
26	filha (Maria Luis)	Clara Louro	Paul 21841	Unitária	Vómitos	HTA não controlada	Não
DEPENDÊNCIA	ALIMENTA-SE	S É CONTINENTE	S MOVIMENTA-SE	S FAZ A HIGIENE	S VESTE-SE	S TOMA BANHO	N LÚCIDO / CALMO
DEPENDÊNCIA	ALIMENTA-SE	É CONTINENTE	MOVIMENTA-SE	FAZ A HIGIENE	VESTE-SE	TOMA BANHO	LÚCIDO / CALMO
DEPENDÊNCIA	ALIMENTA-SE					TOMA BANHO	LÚCIDO / CALMO
DEPENDÊNCIA	ALIMENTA-SE					TOMA BANHO	LÚCIDO / CALMO
DEPENDÊNCIA	ALIMENTA-SE					TOMA BANHO	LÚCIDO / CALMO
DEPENDÊNCIA	ALIMENTA-SE					TOMA BANHO	LÚCIDO / CALMO
DEPENDÊNCIA	ALIMENTA-SE					TOMA BANHO	LÚCIDO / CALMO

ESCALA DE DEPENDÊNCIA - SIM OU NÃO

a) Todos os parâmetros devem ser executados pelo doente sozinho;
 b) No segundo parâmetro, avaliamos, além da continência a potência sexual;
 c) A lucidez mental é avaliada através do QUESTIONÁRIO SOBRE O ESTADO MENTAL. É normal (SIM) quando a resposta vale oito pontos ou mais.

TIPOS DE FAMÍLIA (EXEMPLOS)

UNITÁRIA - Um elemento
 NUCLEAR - Os pais e 1-2 filhos
 ALARGADA - Os pais, 2 filhos ou mais, tios ou avós
 MONOPARENTAL - Pai e filho
 RECONSTRUIDA - Pai, madrasta e filho
 EXPERIMENTAL - Casal de adolescentes solteiros

QUADRO 18

MENTAL STATUS QUESTIONNAIRE

One point for each correct response	Date	Date	Date
<ol style="list-style-type: none"> 1. What is your name? 2. Where are we now? (place name) 3. What year is this? 4. What month (season) is this? 5. What day is this? 6. How old are you? 7. Name of Prime Minister (or other) 8. When was World War I or II? Remember three items Ask to recall in few minutes (e.g., bed, chair, window) 9. Count backward from 20 to 1 10. Recall the above items (1/2 point for any items, one point for all three) 			
Comments:			
Rapidity of response _____			
Education _____			
Affect _____			
Score:			
Normal: eight points or more			
Mild to moderate intellectual impairment: 4 to 7 points			
Moderate to severe intellectual impairment: 0 to 4 points			

QUADRO 19

ESCALA GERIÁTRICA: CLASSIFICAÇÃO POR GRAUS

(adaptado de Fraser Russell e Martin Hime,
"FUNCTIONAL SCREENING OF ELDERLY PEOPLE LIVING AT HOME", The
Practitioner, Agosto 1988)

CATEGORIA	GRAU
<i>LAR</i>	1-VIVE COM GENTE COOPERANTE 2-VIVE COM GENTE NÃO-COOPERANTE 3-VIVE SOZINHO
<i>SERVIÇOS APOIO</i>	1-VIVEM NA MESMA CASA 2-VIVEM A 1/2 HORA E VISITAM 2 OU MAIS VEZES 3-VISITA IGUAL OU INFERIOR A 1 SEMANAL
<i>DEPENDÊNCIA</i>	1 -REVELA INDEPENDÊNCIA 2-PRECISA DE AJUDA NAS COMPRAS 3-NECESSITA DE CUIDADOS PESSOAIS OU DOMÉSTICOS
<i>LUTO</i>	1-NENHUM 2-NOS ÚLTIMOS TRÊS ANOS DA AVALIAÇÃO 3-NOS ÚLTIMOS SEIS MESES DA AVALIAÇÃO
<i>A CASA</i>	1-ALOJAMENTO SATISFATÓRIO 2-NECESSITA DE OBRAS 3-NECESSITA DE NOVA CASA
<i>CASA DE BANHO</i>	1-NO MESMO PLANO DA SALA DE ESTAR 2-EM PLANO DIFERENTE DA SALA DE ESTAR 3-FORA DE CASA
<i>COZINHA</i>	1-SATISFATÓRIA 2-POUCO ACESSÍVEL 3-PERIGOSA OU NÃO-FUNCIONAL
<i>AQUECIMENTO</i>	1-AQUECIMENTO DE TODA A CASA 2-SALA DE ESTAR E QUARTO AQUECIDOS 3-UM QUARTO OU UMA PARTE DA SALA AQUECIDOS
<i>MOBILIDADE</i>	1-MOBILIDADE COMPLETA S/ AJUDA 2-MOBILIDADE COM AJUDA 3-PRISIONEIRO DA SUA CASA
<i>CONTINÊNCIA</i>	1-CONTINENTE COMPLETAMENTE 2-INCONTINÊNCIA PARCIAL OU OCASIONAL 3-INCONTINÊNCIA DE URINA E/OU FEZES FREQUENTE

<i>VISÃO</i>	1-SATISFATÓRIA C/ OU S/ ÓCULOS 2-INSATISFATÓRIA C/ OU S/ ÓCULOS 3-VISÃO PARCIAL /CEGUEIRA
<i>AUDIÇÃO</i>	1-SATISFATÓRIA S/ PRÓTESE 2-SATISFATÓRIA C/ PRÓTESE OU USANDO AP. REGULADOR 3-SURDEZ
<i>HIGIENE PÉS</i>	1-PESSOA E AMBIENTE LIMPOS 2-PESSOA SUJA OU AMBIENTE SUJO 3-PESSOA SUJA E AMBIENTE SUJO
<i>ALIMENTAÇÃO</i>	1-ADEQUADA QUALIDADE (1 REFEIÇÃO COZINHADA /DIA) 2-ADEQUADA QUANTIDADE MAS POBRE QUALIDADE 3-POBRE QUALIDADE E QUANTIDADE (1000 CAL./DIA)
<i>QUEDAS</i>	1-MENOS DE TRÊS QUEDAS POR ANO 2-MÉDIAS DE 1 QUEDA SEMANAL 3-QUEDAS REGULARES 1 VEZ OU MAIS /SEMANA
<i>DEPRESSÃO</i>	1-NENHUNS SINTOMAS OU SINAIS 2-RESPOSTA AFIRMATIVA. "JA SE SENTIU MUITO TRISTE, RECENTEMENTE?" 3-RESPOSTA AFIRMATIVA A "JÁ SENTIU QUE A VIDA NÃO VALE A PENA?"
<i>MEMÓRIA</i>	1-RECORDA "JOÃO XXI,52, RUA DA ESTAÇÃO", CINCO MINUTOS APÓS 2-RECORDA PARTE DESTE NOME E ENDEREÇO 3-INCAPAZ DE RECORDAR QUALQUER PARTE DO NOME E ENDEREÇO
<i>HOSPITALIZAÇÃO</i>	1-NÃO NO ANO PASSADO 2-NO ANO PASSADO 3-DURANTE MAIS DE 1 MÊS, NO ÚLTIMO ANO

QUADRO 20

ESCALA GERIÁTRICA (RISCO, PROBLEMAS, REFERÊNCIAS)

DATA		
LAR		
SERVIÇOS DE APOIO		
DEPENDÊNCIA		
LUTO		
A CASA		
CASA DE BANHO		
COZINHA		
AQUECIMENTO		
MOBILIDADE		
CONTINÊNCIA		
VISÃO		
AUDIÇÃO		
HIGIENE PÉS		
ALIMENTAÇÃO		
QUEDAS		
DEPRESSÃO		
MEMÓRIA		
HOSPITALIZAÇÃO		
PRÓXIMA VISITA		
RISCO	PROBLEMAS	REFERÊNCIAS

FIGURA 3



Fotografia gentilmente cedida pelo jornal "Médico de Família".

21-CÍRCULO FAMILIAR

No dia 26 de Maio de 1990, os professores Susan Thrower e Eduard Shahady, Univ. Carolina do Norte, E.U.A. fizeram no Estoril a apresentação clínica do “Círculo Familiar”. Além deste instrumento de avaliação da família, abordaram ainda o genograma familiar e a teoria de sistemas da família.

Tal decorreu durante o IV Congresso Internacional de Medicina Familiar do C.I.M.F.

Podemos dizer que o Círculo Familiar e o Genograma Familiar são complementares na informação e interpretação dos recursos e relações familiares. Quais são as principais diferenças entre eles?

O Círculo Familiar é uma experiência subjectiva, em que o doente desenha e interpreta os elementos familiares referidos a um círculo. Dá apenas a percepção que um dos membros da família tem sobre o conjunto, e naquele momento. O Círculo Familiar identifica o presente.

O Genograma Familiar é uma experiência objectiva, em que o médico ou a enfermeira vão colectando de forma organizada e rápida dados sobre o passado daquela família até à terceira geração. Como mapa biológico da família, fornece a árvore genealógica, as relações entre os seus elementos e padrões de comportamento ou doença, por exemplo.

**OS MAIS CÉPTICOS PODERÃO DIZER
QUE NEM O CÍRCULO FAMILIAR NEM O
GENOGRAMA FAMILIAR TRATAM O DOENTE...
VAMOS VER ATRAVÉS DE UM CASO CLÍNICO,
COMO A AVALIAÇÃO DA FAMÍLIA PODE TORNAR-SE
DECISIVA PARA O DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO.**

O PROBLEMA DE MARIA

O Prof. Eduardo Shahady, quando visitou a cidade de Córdoba (Argentina), foi posto perante o problema de Maria. Tratava-se de uma mulher de 35 anos, casada, mãe de três crianças (12, 8 e 4 anos), internada

no Hospital por crises de asma com muita frequência — dez vezes, nos últimos quatro anos. Estava dependente da corticoterapia, utilizando também teofilina.

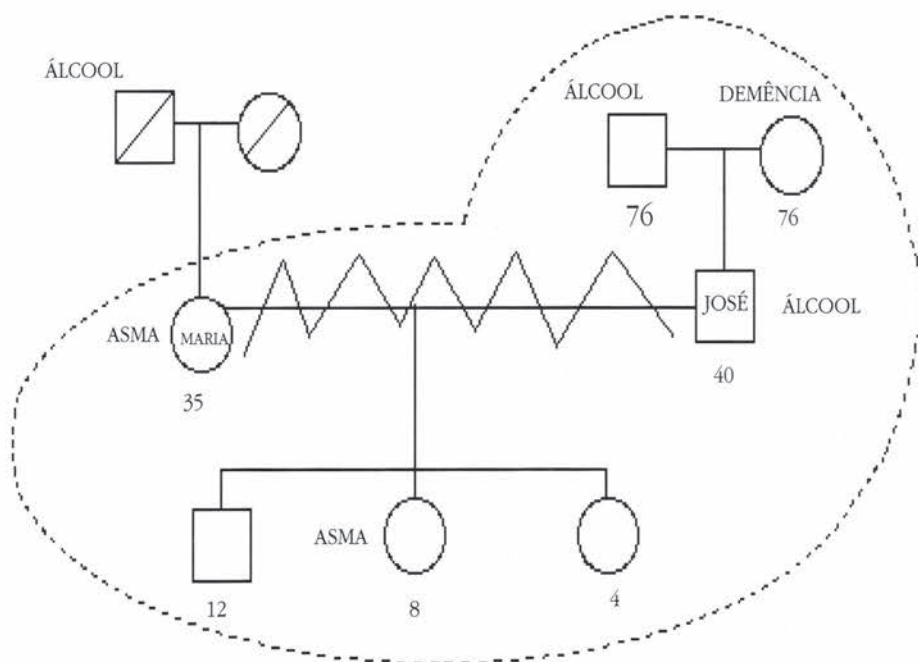
Os médicos hospitalares não a conseguiram melhorar. Seria um caso insolúvel? A história clínica permitiu saber que a mãe de Maria sofria de asma e o marido bebia álcool de forma excessiva.

**OS MÉDICOS HOSPITALARES NÃO A
CONSEGUAM MELHORAR. SERIA UM
CASO INSOLÚVEL?**

O GENOGRAMA FAMILIAR

O Prof. Shahady fez então, o genograma familiar (ver quadro 21)

QUADRO 21



LEGENDA: Houve progressos no conhecimento da família? Os pais de Maria haviam falecido nos últimos 5 anos e há quatro anos tinha havido o último parto. Uma das filhas de Maria, tinha asma, também. A surpresa maior foi que tanto o pai de José, o marido alcohólico crônico, como o pai de Maria, eram alcóolicos crônicos; situação corrente: os filhos de alcóolicos ligam-se entre si, frequentemente.

**A ASMA DE MARIA COMEÇOU
A AGUDIZAR-SE QUANDO A SOGRA
FOI VIVER PARA CASA DELES**

O CÍRCULO FAMILIAR

Como pedir a Maria que desenhe o seu Círculo Familiar? Em primeiro lugar, o Prof. Shahady desenhou o seu próprio, a seguir, pediu-lhe que fizesse o dela (ver quadro 22).

Antes de Maria desenhar o seu C.F., o Prof. Shahady pode dar-lhe algumas instruções, se achar necessário.

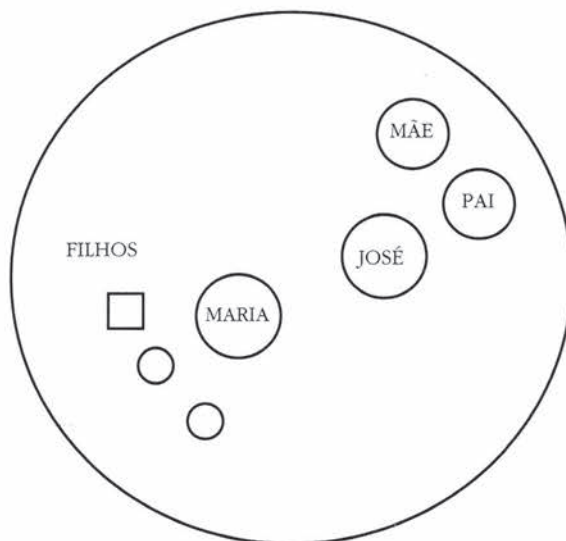
“COMO MÉDICO DE FAMÍLIA, ESTOU INTERESSADO EM SI, NA SUA FAMÍLIA E NO QUE É IMPORTANTE PARA SI. DEIXE QUE ESTE CÍRCULO REPRESENTA A SUA FAMÍLIA COMO ELA É AGORA. DESENHE EM CÍRCULOS MAIS PEQUENOS, QUER A SI, QUER TODAS AS PESSOAS IMPORTANTES PARA SI - A FAMÍLIA E QUAISQUER OUTROS. LEMBRE-SE, CADA PESSOA PODE ESTAR DENTRO OU FORA DO CÍRCULO, JUNTOS OU SEPARADOS. PODEM SER GRANDES OU PEQUENAS EM FUNÇÃO DO SEU SIGNIFICADO OU INFLUÊNCIA. SE HÁ OUTRAS PESSOAS SUFICIENTEMENTE IMPORTANTES NA SUAVIDA PARA ESTAR REPRESENTADAS NO CÍRCULO, PONHA-AS LÁ, TAMBÉM.

CADA CÍRCULO PEQUENO DEVE SER IDENTIFICADO POR UMA INICIAL

NÃO HÁ CÍRCULOS BEM FEITOS OU MAL FEITOS.”

A aplicação do Círculo Familiar pode funcionar em graus crescentes de utilização e significado. Segundo a Prof. Susan Thrower explicou à Dra. Maria Francisca Soutelo, nos corredores do Centro dos Congressos, haverá quadragens: a utilização como registo subjectivo, a interpretação do desenho, a avaliação periódica da família (repetição do C.F.), e a possibilidade

QUADRO 22
CÍRCULO FAMILIAR



«O que é isto, Maria?» perguntou o Prof. Shahady, através do intérprete espanhol.

de induzir novos processos (“como gostaria de mudar o seu círculo?”)

No segundo grau, a interpretação do desenho, Maria explicou o afastamento entre sogros e netos da seguinte maneira: os pais de José implicam muito com a neta asmática (ver quadro 21). Maria, como não passa grande parte do dia em casa, fica perturbada com a questão. “Como vai proteger a filha?”

Então, inicia uma crise de asma, ela própria... Acaba assim com o conflito existente.

“Qual é o diagnóstico, no caso de Maria? É a asma? É o alcoolismo crónico? Não é”. diz o Prof. Shahady.

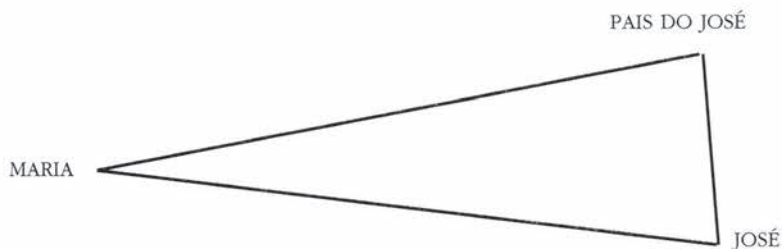
“Como chamar a isto? Mais importante que o diagnóstico é preciso descobrir a função exercida pelo sintoma”. A crise de asma de Maria protege a filha asmática dos pais de José (ver quadro 22).

AS POTENCIALIDADES

A Prof. Susan Thrower intervém, então, para comentar o caso de Maria. Esta sente que há alianças, mas não seria capaz de o explicar... O desenho do círculo familiar permite revelar e interpretar esta situação.

“Estas alianças não são saudáveis” diz a autora do Círculo Familiar. Mais do que um conflito entre marido e mulher, trata-se de um triângulo existente no sistema familiar.

QUADRO 23 TRIANGULAÇÃO



No Congresso do Estoril, o Dr. Luís Rebelo (coordenador do seminário) coloca então a seguinte questão: “Será possível evitar o aparecimento de novo triângulo?”

Na verdade, é possível que venha a surgir novo triângulo entre a mãe e o filho mais velho (12 anos) para a ajudar contra “o outro lado”. Irá este beber em excesso, como o pai ou os avós? São potencialidades preventivas que a interpretação do C.F. desencadeia no seio da equipa de saúde.

Sobre a utilização do Círculo Familiar, a Prof. Susan Thrower considera-o um instrumento “bastante flexível”. Aconselha a sua utilização em cada membro da família.

“O C.F. é muito bom para utilizar com adolescentes porque, muitas vezes, temos dificuldade para eles se abrirem connosco” (S.T.)

Um dos participantes no seminário, o Dr. Tomás, ofereceu-se para desenhar o seu círculo familiar. Deixou uma sugestão: “Se pedisse a um doente para fazer o C.F., saía do consultório durante cinco minutos para que ficasse à vontade».

A Dra. Susan Thrower respondeu, então, à questão clássica: “Quando aplicamos o Círculo Familiar?”. Na primeira consulta ou ao fim de várias consultas em função das dificuldades apresentadas, sobretudo, quando surja crise familiar, exame periódico de “check-up” ou doença terminal.

LEITURAS

- O CÍRCULO FAMILIAR

Thrower S, Bruce W, Walton R. O método do círculo familiar para integrar nos conceitos familiares em medicina familiar *The Journal of Family Practice* 1982; 15 (3): 451-457

- INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO FAMILIAR

Thrower S, Koch-Hatten A, Berolzmeimer N. Princípios de Medicina Familiar. Editado por Philip Sloane, Lisa Slatt e Richard Baker

22 - O APGAR FAMILIAR

Vou relatar-vos um debate a que assisti, em Coimbra, no I Colóquio de Experiências Inovadoras. Versava o tema da família. Decorreu de 6 a 8 de Dezembro de 1990.

Vários prelectores haviam apresentado experiências: o Dr. José Cabeças, o módulo de Formação Específica sobre “A Família” (Instituto da Clínica Geral de Zona Centro), o Dr. Mário Moura um estudo multifactorial de 500 famílias em meio laboral, e a Dr^a Stella Santos a experiência pedagógica da cadeira de “Medicina Comunitária” na Faculdade Medicina de Lisboa desde 1987.

Após comentário dos peritos convidados, a discussão generalizou-se. Sempre provocador, o Dr. António Almeida, Assistente de Clínica Geral, arrancou aplausos: “Está a criar-se a situação (não sei quem são os responsáveis) de que só é bom médico de família quem fizer o Apgar Familiar.

Toda a gente faz o Apgar Familiar mas, na prática, são muito poucos os médicos de família que fazem o seguimento domiciliário de famílias em risco ou disfuncionais.

Maria José Hespanha, Assistente de Clínica Geral, pediu para falar: “Estou a fazer um estudo sobre biografias familiares. No meu caso, o uso de Apgar Familiar não resulta: dá resultados variáveis, segundo é de manhã ou de tarde, segundo a pessoa que responde está bem ou mal disposta».

Um colega da Vila da Feira foi mais longe: “O Apgar está na nossa cabeça, depois de conhecermos aquele doente durante 7 anos. O que eu acho inovador é a continuidade dos cuidados, que nos permite adquirir um saber próprio”.

Isabel Jacob, Assistente de Clínica geral e orientadora na região de Coimbra falou sobre esta última experiência: “Fui procurada por um colega que tinha colhido a história pessoal e realizado o exame objectivo de uma doente. Perguntei-lhe: já fizeste o Apgar?”

“Não, está tudo bem com aquela doente... Não vai ser necessário”. A colega insistiu. “Olha, faz o Apgar Familiar, pode dar-te alguma surpresa...” Assim foi, a sua aplicação significou queixas mais interessantes, confessadas espontaneamente.

Berta Nunes toma o microfone, ela que é médica de Clínica Geral em Alfândega da Fé, Bragança: “O estudo do Dr. Mário Moura aponta

os valores de Apgar Familiar, realizados nos operários da Fábrica de Cimento. E foram feitos os Apgares dos filhos e da esposa? São iguais?"

Zaida Azeredo, Assistente de Clínica Geral, é doutorada em Medicina Comunitária pelo Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Conta a sua experiência, também:

- 1. O Apgar Familiar apresenta valores mais funcionais no sexo masculino.

- 2. O Apgar Familiar varia muito com a disposição física e de espírito em cada momento.

- 3. O Apgar Familiar é pretexto, habitualmente, para uma conversa longa com o paciente.

Responde o Dr. Mário Moura, presidente da APMG: "A família é uma unidade dinâmica, como o Apgar é um instantâneo, naquele momento"

José Cabeças, na mesa, procura situar a questão. O vice-director do Instituto de Clínica Geral da Zona Centro é da opinião de que "o problema está em haver uma boa técnica de entrevista, sabendo intervir na família segundo a interpretação correcta dos instrumentos aplicados.

O modelo sistémico é aquele que deve ser usado, na abordagem da família".

Stella Santos, professora de Clínica Geral e de Medicina Comunitária, em Lisboa, fez então uma distinção na estratégia da abordagem: "O Médico de Família deve preferir a intervenção, se tiver apoio de uma equipa, e a facilitação, se não o tiver".

Santos Lucas, sociólogo: "Porque não a moda do Apgar? É um instrumento extremamente útil. É preciso saber utilizar a técnica de entrevista semi-directiva, diferente daquela que utilizamos no Banco de Urgência, onde é directiva".

"A maioria dos instrumentos de avaliação familiar, como o Apgar, são importados de outras culturas", disse Maria Luísa Costa, presidente do Colégio de Especialidade da Ordem dos Médicos. "É preciso ter em conta este facto".

A insuficiência deste instrumento de avaliação levou o seu autor, o Prof. Gabriel Smilkstein, a criar outros dois tipos de Apgar, o laboral e o dos amigos. Todos os instrumentos têm a sua oportunidade de aplicação, sendo a interpretação do resultado influenciada pela aplicação cruzada de outros instrumentos na mesma unidade familiar ou na unidade laboral. Segundo Smilkstein, o Apgar Familiar mostrou uma correlação positiva com rendimento e comportamento escolar, adesão à medicação anti-hiperten-

siva, motivação para cumprir instruções médicas sobre a colostomia, e adaptação à família. Apresentou uma correlação negativa com depressão, por exemplo:

QUADRO 24
APGAR FAMILIAR

APGAR FAMILIAR	Quase sempre	Algumas vezes	Quase nunca
Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.	_____	_____	_____
Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e compartilha comigo a solução do problema.	_____	_____	_____
Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida.	_____	_____	_____
Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.	_____	_____	_____
Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.	_____	_____	_____

Resultado: O utente selecciona uma das três respostas, a que correspondem as seguintes pontuações: “Quase sempre” 2 pontos; “Algumas vezes” 1 ponto; “Quase nunca” 0 pontos. O resultado final obtém-se pela soma das pontuações atribuídas a cada uma das perguntas. Uma pontuação global de 7 a 10 sugere uma família altamente funcional, de 4 a 6 uma família com moderada disfunção e de 0 a 3 uma família com disfunção acentuada.

De Smilkenstein, 1978

LEITURAS

- APGAR FAMILIAR

- Agostinho M, Rebelo L. Família: do conceito aos meios de avaliação. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 1988; n.º 32

- APGAR DOS AMIGOS E LABORAL

- Smilkstein G, Montand D, Kendall K, Aspy C. Três tipos de Apgar: suas correlações com as respostas aos inquéritos sobre stress e satisfação. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 1989; 6 (7)

- AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO FAMILIAR

- Smilkstein G "O Médico e a avaliação da função familiar", *Family Systems Medicine*, vol 2 (nº3)

23- 0 “CHECK-UP”

“Quero um Check-up!” Alguém lhe soprou ao ouvido que ele tinha direito. O médico de Clínica Geral está perante um teste à sua formação em Clínica Geral/Medicina Familiar. Como agir? Estudos realizados nos Estados Unidos da América informam-nos sobre as expectativas que um cliente tem ao pedir um exame de “check-up”, naquele país:

- tranquilizar-se que nenhum problema existe
- assegurar-se que um problema conhecido está estabilizado
- descobrir uma moléstia previamente desconhecida
- actualizar a cobertura vacinal
- aconselhar-se sobre um problema pessoal ou familiar
- pedir educação sobre estilos de vida ou hábitos de saúde

Cada entrevista médica contém diversas possibilidades de actuação. No Reino Unido, 75% da população vai ao seu médico de Clínica Geral todos os anos e 90% no espaço de cinco anos. A importância do contexto em que cada cliente se situa determina a avaliação que deve ser feita. Conforme os antecedentes pessoais, estilo de vida, hábitos de consumo, e história familiar é possível seleccionar as prioridades na avaliação daquele cliente. É a “Check-list”.

A “Check-list” é uma lista de tópicos que recorda ao médico de Clínica Geral, naquele cliente, as possibilidades preventivas.

O “CHECK-UP”

EXEMPLOS

A. Uma possível lista de tópicos aplicada a um homem de 30 anos que vai à consulta:

- 1 - A tensão arterial foi medida, recentemente?
- 2 - Há história familiar de doença cardíaca?
- 3 - O colesterol no sangue foi medido?
- 4 - É fumador?
- 5 - Examinar a pele despistando lesões pré-malignas
- 6 - O peso

- 7 - Faz exercício, regularmente?
- 8 - O estilo de vida
- 9 - Os hábitos alcoólicos
- 10 - O regime alimentar

B. Uma lista de tópicos aplicada a uma mulher de 40 anos:

- 1 - A tensão arterial foi medida?
- 2 - Palpação da mama, discussão sobre a auto-palpação, mamografia periódica
- 3 - Tem feito, periodicamente, citologias vaginais e exames ginecológicos?
- 4 - Examinar a pele, despistando lesões pré-malignas
- 5 - Deverá ser iniciada a profilaxia da osteoporose?
- 6 - Pedir exames para rastreio de glaucoma

Todos os médicos de Clínica Geral/Médicos de Família estão em condições de criar a sua lista de tópicos, face a um determinado cliente. É a vantagem de o conhecermos, à sua família, aos factores de risco na região onde vive, à sua cultura.

Qual é a superioridade da lista de tópicos, relativamente ao método do "Check up"?

Alexis Carrel, na obra "O HOMEM ESSE DESCONHECIDO", responde-nos: "Não só se confundiu o conceito do indivíduo com o do ser humano, como temos aplicado ao homem conceitos pertencentes ao mundo mecânico. Temos ignorado o pensamento, o sofrimento moral, o sacrifício, a beleza, a paz".

Em termos de custo-benefício, esta superioridade metodológica assume o carácter de uma exigência social.

QUADRO 25

MÉTODO TRADICIONAL	MEDICINA FAMILIAR
<p>-CHECK-UP- PERIÓDICO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Não é baseado em factores de risco - Estudos não selectivos - Frequência não adequada - Prática segundo a procura: <ul style="list-style-type: none"> - os mais informados - os de melhor acesso aos recursos disponíveis - os mais saudáveis - os mais educados - Não tem em conta os custos - Standardizado 	<p>PREVENÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar grupos de alto risco - Estudos selectivos - Frequência adequada - Dirigida a toda a população <ul style="list-style-type: none"> - os menos informados - os de pior acesso aos recursos disponíveis - os mais doentes - os menos educados - Analisa a relação custo-benefício - Sistema de registo e detecção - Racional
In Prof. Jorge Galperin, CURSO DE MEDICINA FAMILIAR 8-9 DEZEMBRO 1989. APMCG	

VIGIAR O IDOSO

O caso particular do idoso assume, à luz da discussão, uma relevância tanto maior quanto mais rico é o contexto em que se viver.

Que interrogatório, que abordagem realizar perante uma mulher de 68 anos que vai à entrevista médica pela primeira vez? Que exames pedir?

Mais importante do que disparar uma série inevitável de perguntas é escutá-la. Cada pergunta deve corresponder a um processo lógico de indagação e ser utilizada para promover a boa comunicação.

As perguntas indutoras, fechadas, logo no início da entrevista, podem soar a intrusão, ou constituir um sinal amigável de boas vindas (“tem netos?”).

Vive sozinha? É casada? Costuma receber visitas ou faz visitas a alguém? Tem telefone em casa?

Qual é a sua ocupação? Toma remédios, e qual é a posologia? Tem escadas em casa? E tem luz no átrio das escadas? As escadas têm corrimão?

Tem tapetes em casa? Costumam ser causa de quedas? Os armários onde guarda a roupa de primeira necessidade são altos?

Este conjunto de perguntas, que não pretendeu ser exaustivo, identifica hábitos, recursos, factores de risco.

No idoso, além de ser mais útil inquirir desta maneira, demonstra interesse pela pessoa.

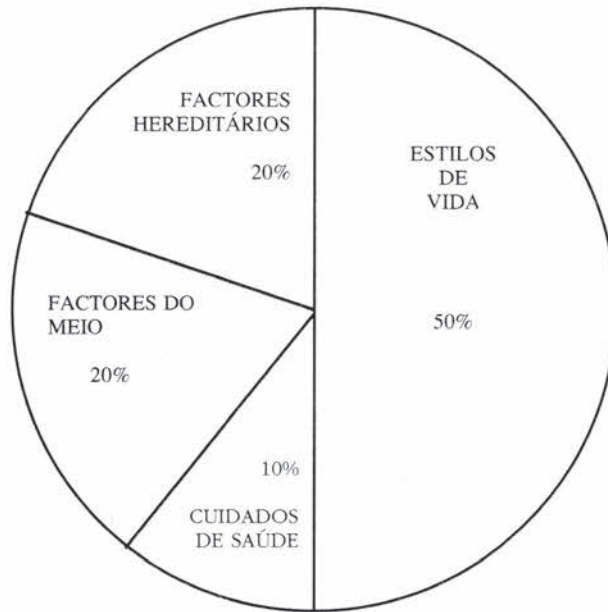
Não basta a colheita de informação (o nível cognitivo), mas interessa apurar, por exemplo, porque veio aquela mulher à consulta, particularmente naquele dia (o nível motivacional ou comportamental)? Qual é a sua queixa principal?

À medida que a entrevista avança, a comunicação não-verbal dá lugar à comunicação verbal, e a comunicação afectiva torna-se crescente.

Porque é tão importante conhecer os hábitos e estilo de vida, os recursos do meio e como os utiliza, a actividade sexual?

O conhecimento do risco de adoecer evolui, e sabemos hoje como travar o combate contra a doença, e em que terrenos de preferência. Voltamos a recorrer ao professor Jorge Galperin, docente de Medicina Familiar em Buenos Aires, e um pouco por todo o mundo.

QUADRO 26
CONTROLO DE RISCOS



Além da anamnese, investigando as queixas, é vital recuperar a importância que o exame físico deve ocupar. O Professor Galperin falou um dia sobre uma doença do futuro, o “raquitismo do afecto”. É o exame físico uma oportunidade para detectar e investigar, mas também para tocar o paciente. Não tenham medo da palavra.

PLANO DE PROCEDIMENTOS PREVENTIVOS

Consoante o sistema de anotação se organiza (sexo/idade/ocupação), é possível desfrutar de oportunidades excelentes para prevenir o aparecimento de doenças evitáveis.

Do mesmo modo que aplicamos o Plano Nacional de Vacinação em determinadas etapas da vida e conhecemos quando devemos voltar a intervir, assim a existência de registo para os diabéticos, as mulheres em idade fértil, os toxicodependentes permite idêntica programação. O chamado “Ficheiro-Piloto” é o ponto de partida.

É na vigilância da saúde do adulto que se levantam as maiores dúvidas. Os estudos não são coincidentes nas conclusões e recomendações de rastreio.

Em 1987, o Real Colégio Britânico de Clínicos Gerais publicou um interessante documento — “NA PRIMEIRA LINHA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE”.

Veicula a opinião de que na primeira entrevista com um adulto jovem e saudável é necessário recolher o peso e a altura, medir a tensão arterial, e solicitar a realização de uma urina tipo II. Seriam os chamados “exames de rotina”.

O electrocardiograma simples e a radiografia do tórax não são considerados como tal só devendo ser solicitados se existe uma indicação clínica.

Segundo aquele estudo, o estado de imunização deve ser vigiado de cinco em cinco anos, os hábitos tabágicos e alcoólicos anualmente, a medição da tensão arterial de cinco em cinco anos, também.

É um documento elaborado para apresentar a gama básica de serviços que deveriam ser prestados aos pacientes, na Grã-Bretanha, pelos médicos de Clínica Geral. Recomendamos a sua leitura.

TOMAR A INICIATIVA

Por sua iniciativa, o António, durante o seu Exercício Orientado, propôs-se realizar um trabalho de revisão dos procedimentos preventivos segundo as idades.

Trata-se de um manual para uso pessoal, conforme ele referiu em Janeiro de 1990, no relatório do Exercício Orientado. No entanto, é matéria para análise, podendo constituir um precioso instrumento de trabalho para muitos Clínicos Gerais/Médicos de Família.

É O “PLANO DE PROCEDIMENTOS PREVENTIVOS”.

(ver quadro 27)

LEITURAS

- EXPECTATIVAS SOBRE O “CHECK-UP”

Williamson P et al. Exames de rastreio de saúde: a perspectiva do doente. *The Journal of Family Practice* 1988; 27 (2): 187-192

- LISTA DE TÓPICOS

Moughan C. Prevenção em clínica geral. *New Zeland Family Physician* 1988; 15: 6-9

- VIGIAR O IDOSO

Galperin J. Comunicação Oral. Curso de Medicina Familiar. APMCG 1989; (8-9 Dezembro)

- PROCEDIMENTOS PREVENTIVOS

RCGP. Na primeira linha dos serviços de saúde (Occasional paper) Londres, 1987.
Branco A. Relatório do Exercício Orientado. ICGZS, Tomar, 1990

24 - AS NINHARIAS

Quem dividiu os médicos entre os que tratam as grandes e as pequenas doenças? Quem o fez não sobreviveu à viagem de inauguração de luxuoso Titanic. Já veremos porquê...

Esta ideia errónea persiste, contudo, na imprensa de grande tiragem, no fascínio das crianças pela sala de operações ou nas conversas de compadres. Basta comparar o espaço dedicado às actividades de quem trata as grandes doenças e de quem trata as pequenas doenças...

As grandes doenças são tratadas nos hospitais. Embora de história natural curta, é o caso da malformação congénita que exige meios sofisticados e coordenação de recursos.

As pequenas doenças são tratadas nos Centros de Saúde, pelas vias alternativas ou através da auto-medicação. A história natural é prolongada, recidivante, exigindo técnicas básicas, bom senso e colaboração do próprio paciente e da equipa.

Esta dicotomia expressa a linearidade com que se analisa a saúde e a doença em Portugal.

A visão hospitalar continua a considerar apenas fenómenos: o fenómeno da despolarização eléctrica, o fenómeno da cicatrização da ferida, o fenómeno da hiper-reatividade brônquica. Cria categorias de doença, e técnicas de tratamento e cura das mesmas.

A visão da Clínica Geral considera também a existência de fenómenos orgânicos, a maioria dos quais incompreensíveis à luz dos conhecimentos actuais. É-lhe cara a noção de “experiência” para caracterizar o modo como o ser humano é objecto de tais fenómenos, capaz de interagir e de os influenciar. Cria categorias de pacientes e abordagens de relação para compreender o contexto em que deixam de ser saudáveis.

Uma desgraça une os médicos que tratam de grandes doenças e os médicos que tratam de pequenas doenças. Observam de forma semelhante as chamadas “ninharias”.

- Oh, homem! Isso não é nada...

- Mas, senhor doutor...

- Já lhe disse!

A DESGRAÇA DO TITANIC

O paradigma desta situação no hospital é a história do Titanic. Era forte e belo, os gritos de júbilo dos passageiros ouviam-se na primeira página dos jornais; no entanto, tombou à mercê de um iceberg... Porquê? Só viram a ponta do iceberg, uma ninharia. Foi afundado na viagem de inauguração e o mundo ainda fala disso.

O paradigma desta situação no Centro de Saúde é a história do barco a remos. Era pequeno e romântico, as canções tirolesas ouviam-se no regaço da avó, no entanto, tombou também quando veio a borrasca... Porquê? O céu estava azul, quando havia partido...

Em ambos os casos, as ninharias, coisas sem importância.
Que lição haverá a tirar?

Uma aparente ninharia, por exemplo, a tosse de um alcoólico, pode esconder um problema, uma mudança, um risco, apenas apreciável no seu próprio contexto.

No caso do Hospital, atrás descrito, perguntando antes de decidir a rota: o que é um iceberg, além de ser pequeno?

No caso da Clínica Geral, perguntando antes de se pôr ao largo: o que é uma nuvem, além de ser de algodão?

Diariamente, na actividade clínica, os médicos com formação clássica tropeçam nesta armadilha. Porquê?

Porque a curiosidade diagnóstica (o que tem este doente?) é considerada mais relevante do que a avaliação dos seus recursos pessoais, dos acontecimentos vitais, família e emprego, estilo de vida (quem é este doente?).

Neste ponto, os Médicos de Família estão a adquirir formação mais rica quanto à abordagem psicossocial e avaliação familiar, que lhes permite distinguirem-se dos praticantes da “medicina geral”.

Para um Médico de Família, realizado o seu treino vocacional, não há ninharias, como a tosse, a prisão de ventre, a falta de apetite ou a palidez. Há um pedido de ajuda.

A PREOCUPAÇÃO

Apreendeu que, pela abordagem centrada no paciente e não no modelo médico, “o que parece trivial ao médico, raramente o é para o paciente”

Por exemplo, o medo de ter um tumor na cabeça surge uma semana após um familiar seu falecer, subitamente, com esse diagnóstico. A preocupação deste género é um sintoma importante, e constitui importante tarefa do Médico de Família aliviá-la, tranquilizando o paciente.

O Médico de Família deve aprender a lidar com a frustração diária de não poder modificar muitas das situações colocadas pelos pacientes como “queixa” ou “ninharia”.

O mais frequente e o mais nocivo é o Médico de Família, mal treinado ou sobrecarregado de tarefas diárias, não interpretar as queixas do paciente como um meio indirecto de comunicação. Quantas vezes arranjamos um diagnóstico apressado, desencadeando para nos tranquilizar uma via sacra de exames, investigações e consultas de referência?

Só esta desagradável situação nos poderia tornar verdadeiros médicos de ninharias.

Na verdade, a consideração do homem como um todo, integrado no seu meio e dotado de recursos próprios, a capacidade de gerir e intervir no plano comunitário faz do Médico de Família um agente facilitador de saúde, como não existe outro.

A nossa experiência pessoal diz-nos que é muito elevada a percentagem de pacientes que recorrem à consulta de Medicina Familiar com queixas vagas e repetidas, escondendo uma depressão latente. Esta é uma doença grave que pode conduzir ao suicídio, e pode ser tratada pelo seu próprio Médico de Família com êxito.

Cada Médico de Família deve ganhar a sua carta de piloto de barco a remos, antes de pretender realizar longas viagens de transatlântico.

A Formação Específica em Medicina Familiar permite-lhe compreender esta e outras diferenças.

LEITURAS

- A ARTE DE OUVIR

Kee P. As nossas tarefas na formação médica. *The Singaporee Family Physician* 1990; 16 (1)

- NINHARIAS

Lau B. Queixas Triviais em Clínica Geral. *The Practitioner* 1987; 231 (8 de Outubro)

25 - O MANUAL DE APOIO

O Carlos mostrou-me o Relatório de ingresso na Formação Específica quando iniciámos a nossa relação de Orientado-Orientador.

Que me pareceu tal Relatório? Realizado há cerca de 2 anos, não identificava um médico de clínica geral com as atitudes e os valores que lhe são próprios. Era pouco explícito sobre a gestão da prática clínica, a vigilância dos grupos de risco e vulneráveis, sobre a sua participação na vida do Centro de Saúde.

Para valorizar o Exercício Orientado, entre vários exercícios, propus-lhe um que valorizaria esta etapa formativa, e o seu currículo profissional.

Seria o Manual de Apoio à Consulta.

Folheámos um exercício do género, realizado pelo Sebastião, colega do Internato Complementar de Clínica Geral. Tinha tabelas de peso e altura, consoante a idade das crianças, e período de evicção escolar segundo as doenças, a lista das doenças de notificação obrigatória, a indicação hidrológica das termas portuguesas, o tipo e o horário das consultas de referência no seu próprio Centro de Saúde, o código de interpretação das microrradiografias, o Apgar Familiar, entre outras.

Era uma base de partida. O Carlos aceitou o desafio.

Após várias peripécias, lá conseguiu realizar o seu Manual de Apoio à Consulta. Se não tinha achado relevante as indicações termais, incluiu a escala de Holmes e Rahe (acontecimentos vitais), a escala de Hamilton para os casos de ansiedade, e os recursos comunitários no apoio ao toxicodependente, ao idoso e à criança, por exemplo.

A análise deste exercício não viria a ser feita. A realização do exame de graduação em Assistente de Clínica Geral, logo a seguir, colocou todas as outras questões em segundo plano.

Retrospectivamente teria sido útil a colaboração do Carlos e do seu Manual no próximo Exercício Orientado, o chamado 3º programa.

Porquê?

Poderíamos em conjunto analisar a sua designação, estrutura e conteúdo. As críticas seriam fundamentais para a adaptação do mesmo às necessidades de outros colegas do mesmo Centro de Saúde onde o Carlos trabalhava. Este foi o nosso primeiro lapso.

O segundo lapso foi não termos procurado o enquadramento institucional do Exercício Orientado, no local de trabalho do Carlos e dos colegas que se seguiram.

Este Manual de Apoio à Consulta poderia vir a ser adoptado pelo Centro de Saúde, como instrumento de gestão. A sua utilização seria voluntária, e o manual alvo de actualização periódica. Seria o Carlos o responsável por esta actividade de apoio? Era uma forma de o integrar no seio do grupo e da instituição.

Um ano mais tarde, repeti a experiência no meu próprio Centro de Saúde. O destino era outro: ser um instrumento de apoio à gestão de cada equipa de saúde.

Teria outra designação: Manual de Apoio à Equipa.

O seu conteúdo teria mais a ver com a integração de cuidados, e a aplicação do Plano de Actividades do Centro de Saúde.

Teria indicações preciosas para o secretário de cada equipa saber como comunicar verbalmente com o utente ou cliente, ao telefone. Existe uma publicação do Secretariado de Modernização Administrativa, no Centro de Documentação e Divulgação de cada Centro de Saúde, contendo tais “orientações para o atendimento do público”.

Teria as metas de cada programa, que cada equipa procuraria cumprir, as normas da Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários para identificação e vigilância dos hipertensos e diabéticos, o calendário anual de reuniões por áreas do Centro de Saúde, por exemplo.

O contexto de construção e aplicação seria segundo o modelo de equipas multidisciplinares, colaborando directamente na gestão participada por objectivos.

A actualização e a realização de inquéritos de satisfação aos profissionais seriam as condições mínimas para a adaptação aos fins em vista.

Um dia destes, estará pronto.

LEITURAS

- ORIENTAÇÕES PARA O ATENDIMENTO TELEFÓNICO

Secretariado da Modernização Administrativa. A Administração e o Público.
Lisboa, Julho de 1987

Ao comemorar o seu 60.º aniversário, em Abril de 1984, os Laboratórios BIAL criaram o PRÉMIO BIAL DE MEDICINA CLÍNICA tendo em vista galardoar obras intelectuais escritas, inéditas, de índole médica e dirigidas ao leitor clínico geral. Dado o êxito obtido, efectuaram-se novas edições do Prémio em 1986, 1988 e 1990. Nesta última edição os valores atribuídos aos 1.º e 2.º classificados foram, respectivamente, 2.000.000\$00 e 800.000\$00, e quatro menções honrosas no valor de 100.000\$00 cada.

Concorreram 33 trabalhos. O Júri constituído pelos Professores Nuno Rodrigues Grande, António Falcão de Freitas, Armando Porto, Artur Torres Pereira, Eurico de Figueiredo e Nuno Cordeiro Ferreira classificou em 1.º lugar a obra "O Diário do Orientador", do Dr. José Falcão da Silva Tavares e em 2.º lugar a obra "Evolução dos doentes crónicos com elevado consumo de consultas/ano, tipo de atendimento e relação médico-doente", do Dr. Idalmiro da Rocha Carraça, tendo atribuído 4 menções honrosas.

No sentido de incentivar ainda mais o trabalho desenvolvido em prol da Medicina, Bial decidiu alargar para o biénio 1991-92 o âmbito da iniciativa, que passará a designar-se GRANDE PRÉMIO BIAL DE MEDICINA. Assim, à obra escrita de índole médica com maior repercussão investigacional ou maior relevância científica será atribuído o **Grande Prémio Bial de Medicina** no valor de **10.000.000\$00**. De entre as obras concorrentes, à que mais se distinga como mensagem útil ao Clínico Geral, será atribuído o **Prémio Bial de Medicina Clínica**, no valor de **2.500.000\$00**. Serão ainda atribuídas **menções honrosas** (máximo de quatro, no valor de 200.000\$00 cada).

O GRANDE PRÉMIO BIAL DE MEDICINA tem o patrocínio do Senhor Presidente da República e do Conselho de Reitores das Universidades Portuguesas.