

Medicina Familiar e Urologia. Que relacionamento?*

Manuel Mendes Silva

Chefe de Serviço Hospitalar de Urologia, Hospital Militar Principal
Presidente da Associação Portuguesa de Urologia

Ao fazer algumas reflexões sobre o relacionamento entre a Urologia e a Medicina Familiar, gostaria de começar por realçar esta na evolução dos ramos da Medicina e o seu papel charneira na articulação dos diversos troncos e ramos (fig. 1).

Nesta perspectiva esquemática duma árvore genealógica dos ramos da Medicina, a Medicina Interna derivará do Físico, a Cirurgia Geral do Barbeiro e a Medicina Familiar do “João Semana”, tão bem caracterizado por Júlio Diniz. Destes troncos nascem vários ramos, ou especialidades, e eventualmente sub especialidades. É interessante notar que nalgumas sub especialidades há especialidades que se interrelacionam mais entre si do que o tronco-mãe, Medicina ou Cirurgia. Assim é, por exemplo, na Andrologia, com fortes relações da Urologia com a Endocrinologia, a Psicologia e a Cirurgia Vasculuar, na Incontinência, em que a Urologia tem fortes laços com a Ginecologia, a Neurologia e a Fisiatria, na Oncologia Urológica, em que existe colaboração da Urologia com a Endocrinologia, a Oncologia Médica e a Radioterapia.

Sendo a Medicina Familiar definida como “um corpo de conhecimentos e de aptidões que o médico de família aplica quando presta cuidados de saúde primários, continuados e globais aos doentes e suas famílias segundo os princípios que enquadram a prática deste profissional”, o Médico de Família e o Clínico Geral estão no centro de todo este processo, devendo sintetizá-lo. É o que quero representar com o esquema seguinte (Fig. 2), em que, segundo a posição do observador, a realidade pode-nos ser mostrada com mais ou menos síntese, análise ou

pormenor. A visão deve ser contudo complementar, e para um bom conhecimento e actividade nessa realidade deve haver diálogo e colaboração.

Que bases então devem existir para um bom relacionamento entre a Urologia e a Medicina Familiar? Tem que haver colaboração, articulação e comunicação, e esta poderá ter variadas formas, desde o contacto pessoal até a comunicação telefónica e electrónica, para que haja complementaridade e multidisciplinaridade, num trabalho em equipa. Tem que haver compreensão, confiança, disponibilidade e diálogo com vista a uma sinergia para um objectivo comum, o doente. Para tal deverá haver definição de campos, de papeis, de atitudes e de actividades, incluindo nas vertentes medicina estatal e privada/convencionada, assim com um bom relacionamento profissional (clínico, institucional, científico) e também humano e pessoal. Tem que haver troca de informação, não excluindo o arquivo dessa informação, e sobretudo educação e pedagogia de todos os intervenientes no processo, doentes, instituições, médicos generalistas e especialistas. Devemos dizer não ao isolamento, à competição e muito menos à desconfiança, inveja e conflitualidade. São essas ideias-força que quero representar nos esquemas seguintes (fig. 3 e fig. 4), numa perspectiva de Comunidade, Centro de Saúde e Hospital.

Reflectindo sobre o tema, qual é o papel dos Médicos de Família e dos Especialistas? Aos primeiros, num contexto individual, familiar e comunitário, no Centro de Saúde ou no domicílio, caberá a promoção da saúde e o tratamento e reabilitação dos doentes,

*Conferência realizada nas 1^{as} Jornadas Nacionais de Urologia em Medicina Familiar, Lisboa, 8 de Março de 2001.

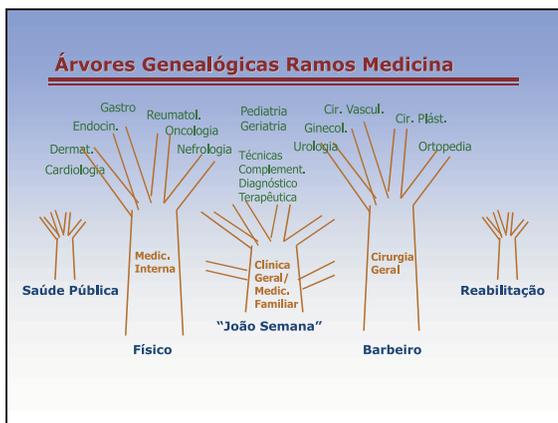


Figura 1

através da detecção de patologias, diagnóstico e tratamento de 1ª linha, encaminhamento e referência dos doentes aos especialistas e hospitais e seguimento dos doentes, e também informação, pedagogia e educação dos doentes, dos utentes, e de si próprios. Aos segundos, num contexto hospitalar e eventualmente também nos Centros de Saúde, cabe o conhecimento aprofundado das patologias do seu foro e das respectivas técnicas de diagnóstico e tratamento, através de um diagnóstico, tratamento e seguimento especializado, da investigação básica e clínica, e da educação própria, dos colegas, dos profissionais de saúde, dos doentes e da sociedade.

Em 1991, a Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral, num "Estudo para a Medicina da Família em Portugal", definiu alguns princípios e valores que convém aqui ser recordados. Assim, é básico o primado da pessoa (cidadão com liberdade de escolha), numa perspectiva familiar, com uma orientação comunitária, com vista a uma concepção global do sistema de saúde. E esta concepção deverá conter a promoção da saúde, com a prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação da doença, educação e gestão; universalidade, equidade, qualidade e responsabilidade nos cuidados de saúde; e uma abordagem integrada nos problemas de saúde. O estudo recomenda, em conclusão, que haja descentralização, cooperação intersectorial, trabalho em equipa, independência profissional e autonomia técnica.

Guilherme Jordão, em 2000, identifica alguns problemas no exercício de Medicina Geral e Familiar em Portugal. Entre eles contam-se os constrangimentos com a contratação de pessoal, condições de ambiente físico e equipamentos, condições ligadas à prática das consultas e dos domicílios, problemas de acessibilidade e de assiduidade e problemas de articulação e referência, que levam a desmotivação dos Médicos de Família.

O Colégio de Urologia da Ordem dos Médicos, sob a minha presidência, efectuou no ano 2000 um

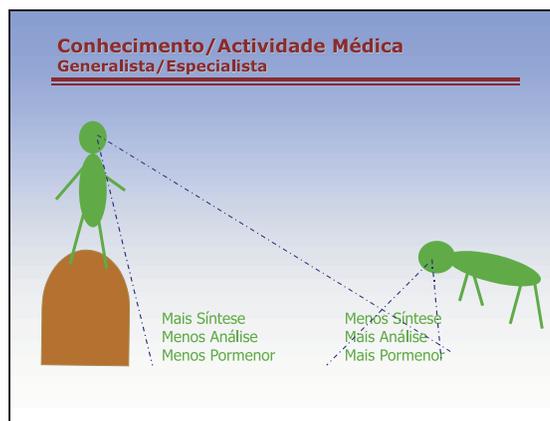


Figura 2

inquérito aos urologistas portugueses em que se perguntava o que pensavam das relações e articulações entre os Centros de Saúde e os Serviços Hospitalares de Urologia. As respostas e os respectivos comentários figuram nos quadros/figuras 5 e 6 e são bastante esclarecedores da nossa realidade.

É um facto que, com a modificação das pirâmides etárias, com a maior esperança de vida, com a modificação dos hábitos e dos ambientes, e com a maior educação e divulgação de matérias médicas no público em geral, existe e existirá cada vez mais um maior consumo de algumas especialidades em que são muito prevalentes as patologias nas idades mais avançadas. É o caso da Urologia. Todavia há que ter em conta, agora e no futuro, uma correcta relação do número de habitantes por urologista e por clínico geral. Em Portugal existem actualmente 1 urologista por 40.000 habitantes e 1 médico de família por 1500 habitantes. Se o número de urologistas é superior nalguns países desenvolvidos (EUA 20.000, Japão 16.000), é inferior nalguns países em vias de desenvolvimento (Brasil 60.000) e também nalguns países desenvolvidos da União Europeia, como o Reino Unido (220.000), pelo que há que desenvolver processos de abordagem em sistemas de cuidados partilhados para que haja um

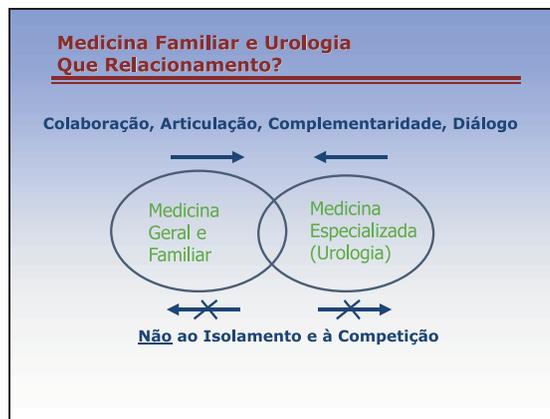


Figura 3

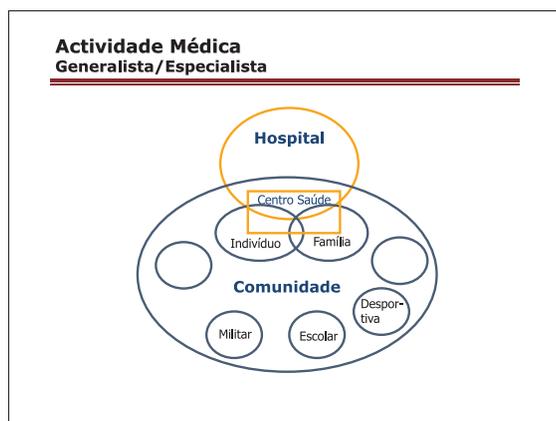


Figura 4

equilíbrio na prestação de cuidados conforme os recursos humanos e técnicos. Os ingleses, que mais activamente construíram o processo, chamaram-lhe “shared-care”, e definiram-no como uma colaboração construtiva com partilha de cuidados entre generalista/médico de família e o especialista/urologista, com orientações e recomendações, protocolos e algoritmos (“guide-lines”), troca de informação bilateral, e educação dos médicos, generalistas e especialistas, dos outros profissionais de saúde e dos doentes/utentes. O processo, obviamente, estaria abrangido por todos os princípios éticos e deontológicos de relacionamento profissional e com os doentes.

Haveria pois, por parte do médico de família, critérios bem definidos para estudo, diagnóstico, tratamento e seguimento, e para envio ao especialista ou ao Hospital, não coartando todavia a liberdade e o bom senso. As orientações e recomendações seriam isso mesmo e não regras rígidas, leis, espartilhos, e os protocolos e algoritmos seriam encarados nessa perspectiva, construtiva, positiva, sensata.

Uma abordagem nesse sistema de cuidados partilhados (“shared-care”) tem vantagens e desvantagens, quer para os doentes/utentes, quer para os médicos, generalistas e especialistas, quer para os

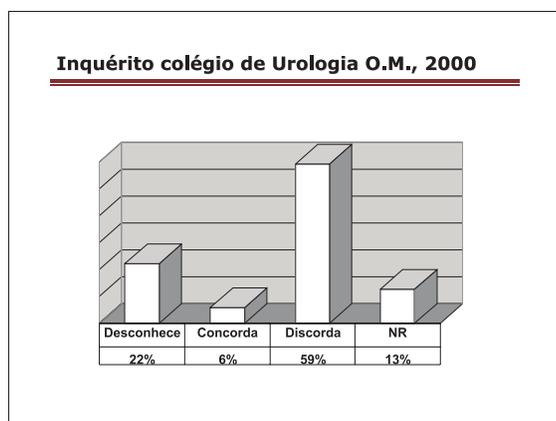


Figura 5

Inquérito colégio de Urologia O.M., 2000

Que pensa das relações e articulações entre os Centros de Saúde e os Serviços Hospitalares de Urologia?

Comentários

- Más
- Má organização de ambos
- Ignorância mútua por parte dos especialistas em relação aos Clínicos Gerais e vice-versa
- Falta de protocolos
- Deve haver especialistas nos Centros de Saúde
- O Médico de Família deve acompanhar o doente ao Hospital

Figura 6

sistemas de cuidados de saúde. Iremos de seguida referir algumas dessas vantagens “versus” desvantagens relativamente a cada um dos grupos.

Para os doentes/utentes, um sistema deste género providenciaria um mais fácil acesso e maior ligação ao médico de família, no seu ambiente comunitário, permitindo um diagnóstico precoce, uma melhor continuidade de tratamento e uma melhoria do seguimento. Em princípio existiriam menos consultas hospitalares e listas de espera, embora também se pudesse passar o contrário, devido ao aumento da procura de cuidados e dos diagnósticos precoces. Uma outra desvantagem seria a menor noção da prestação de cuidados especializados e avançados e eventuais questões de responsabilidade profissional.

Para os generalistas/médicos de família, o sistema implicaria uma maior actualização e responsabilização, em espírito de equipa, com vantagens para os doentes, com uma menor sensação de médico “sinaleiro” e “administrativo”. Haveria contudo maiores listas de espera em consultas, embora em medicina livre pudesse haver algumas vantagens económicas.

Para os especialistas (urologistas ou outros), o sistema originaria referências mais precisas, com diagnósticos precoces, e uma maior disponibilidade para as situações que requerem cuidados especializados. Envolveria um melhor relacionamento inter pares, com vantagens para os doentes e eventualmente menores listas de espera, embora elas pudessem aumentar com o acréscimo de consumo. Em medicina livre poderia haver numa primeira fase desvantagens económicas mas que seriam depois compensadas pela maior precisão de referências, diagnósticos precoces e maior educação.

Para todos os médicos, o sistema poderia dar um melhor enquadramento legal à prática da medicina, evitando o exercício da medicina defensiva e os consequentes abusos. Seria necessária todavia muita prudência neste campo.

Para os sistemas de cuidados de saúde, governos, seguros (“health-care”), o sistema poderia trazer vantagens, mas também algumas desvantagens, conforme o prisma com que fosse olhado, quer relativas à qualidade dos cuidados de saúde prestados e à noção pública dessa qualidade (sendo necessária educação para fazer sobressair as vantagens), quer relativas à gestão económica do sistema de saúde (sendo necessário evitar o comunismo exagerado para que as vantagens predominem).

Como exemplo de um algoritmo deste sistema de cuidados partilhados, o “Prostatic shared-care” britânico), publicado em 1995, propõe que para além dos doentes sintomáticos e dos curiosos sobre a patologia prostática, o médico de família fará a todos os seus consulentes masculinos de mais de 50 anos três perguntas para uma triagem (“case-finding”) de eventual patologia prostática. Note-se que não se trata de um rastreio (“screening”) em que todos os indivíduos de uma determinada população são submetidos a um determinado acto, mas sim uma triagem nos indivíduos que consultam, ainda que por outras razões independentes da próstata. O médico de família, após alguns exames básicos e opcionais, referenciará para o urologista ou para o Hospital, imediatamente em determinados casos, após terapêutica da sua responsabilidade noutros, ou não necessitará de referenciar noutros.

Obviamente que este sistema exige educação, informação e participação dos médicos de família e disponibilidade para apresentar o conceito e a transmissão dessa informação por parte dos especialistas.

Todavia, este sistema de cuidados partilhados, mesmo nos países mais desenvolvidos e com preocupações nesta área, varia substancialmente, tendo de haver adaptação às realidades, às circunstâncias, aos hábitos, aos recursos disponíveis, entre outros aspectos. A título exemplificativo, na Alemanha existe um urologista ambulatório que entra também no sistema.

A Organização Mundial de Saúde (O.M.S.), conjuntamente com outras organizações internacionais, tem publicado desde há uns anos a esta parte, com actualizações periódicas, algoritmos de cuidados médicos para várias patologias urológicas, entre as quais as doenças da próstata, a incontinência e a impotência.

Em Portugal, em 1993, o Conselho Português para o Estudo da Próstata (CPEP), do qual eu era o Secretário, publicou um “Protocolo diagnóstico e de atitude recomendada para a Clínica Geral” sobre a Hiperplasia Benigna da Próstata, em que se faziam recomendações para o envio ao urologista em circunstâncias definidas. Embora este Protocolo não tivesse sido amplamente difundido, conforme desejávamos, não deixámos de ser pioneiros na teoria...

Sob os auspícios da Ordem dos Médicos e do Colégio de Urologia, do qual fui Presidente, foram publicadas recentemente as “Recomendações para o estudo e tratamento dos doentes com hiperplasia benigna da próstata”. Embora aqui não esteja tão clara a partilha de cuidados, ela está subentendida.

Em conclusão, o relacionamento entre a Medicina Familiar e a Urologia merece maior reflexão e debate, com a presença de todos os interessados no processo, médicos generalistas e especialistas, outros profissionais de saúde, doentes/utentes, responsáveis dos sistemas de saúde; atendendo, evidentemente, às realidades e recursos de cada país ou região, mas também ao desenvolvimento e avanços da Medicina, da demografia e prevalência das doenças, e da educação e sensibilização do público. Alguns conceitos e recomendações têm sido publicados em diversos países, nomeadamente anglo-saxónicos, e a nível internacional, os quais podem ser adaptados em cada país ou região. Em Portugal, na área da Urologia, embora houvesse pioneirismo teórico pouco difundido, há muito trabalho a fazer nesta área e há que estabelecer consensos e redescobrir e reinventar pontes e laços entre médicos de família e especialistas.

Bibliografia

1. José Guilherme Jordão; O exercício e a formação pós-graduada em Medicina Geral e Familiar, Pos-Graduate Medicine, ed. Portuguesa, vol. 15, nº 5, 1 – 24, 2001.
2. Estudo para a Medicina da Família em Portugal, Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral, 1991.
3. Guilherme Jordão; Problemas no exercício da Medicina Geral e Familiar em Portugal, Tempo de Medicina, 2000.
4. M. Mendes Silva et al; Resultados de um inquérito aos urologistas portugueses, Acta Urológica Portuguesa, vol. 18, nº 1, 2001.
5. R. Kirby et al; The shared care concept, Shared care for prostatic diseases, Isis Medical Media Ltd, 1994.
6. R. Kirby et al; Shared care for benign prostatic hyperplasia, Textbook of benign prostatic hyperplasia, Ed. R. Kirby et al, Isis, 537, 1996.
7. R. Kirby, G. Chisholm et al; Shared care between general practitioners and urologists in the management of benign prostatic hyperplasia: a survey of attitudes among clinicians, J. R. Soc. Med. 88, 264 – 288, 1995.
8. 5th International Consultation on BPH, C. Chatelain, S. Khoury et al, Paris, 2000.
9. 1st International Consultation on Incontinence, P. Abrams, S. Khoury, Paris, 1998.
10. 1st International Consultation on erectile dysfunction, A. Jardin, G. Wagner, S. Khoury, Paris, 1999.
11. A. Matos Ferreira, J. Campos Pinheiro, M. Mendes Silva et al; Hiperplasia benigna da próstata, Conselho Português para o Estudo da Próstata (CPEP), 1993.
12. M. Mendes Silva, R. Sousa; Hiperplasia benigna da próstata, orientações e recomendações na prática urológica, Acta Médica Portuguesa, 12, 103 – 111, 1999.
13. J. Lafuente de Carvalho, M. Mendes Silva et al; Recomendações terapêuticas na Hiperplasia benigna da próstata, Acta Médica Portuguesa, 14, 2, 171 - 187, 2001.