



Wonca

Médicos de Família do Mundo. Cuidando das Pessoas.
EUROPA

**A DEFINIÇÃO EUROPEIA
DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR
(CLÍNICA GERAL / MEDICINA FAMILIAR)**

WONCA EUROPA 2002

DEFINIÇÕES EUROPEIAS:

Os Aspectos-Chave da Disciplina de Medicina Geral e Familiar (Clínica Geral / Medicina Familiar)

O Papel do Médico de Familiar

e

Uma descrição das Competências Nucleares do Médico de Família

Preparado para a WONCA EUROPA (Sociedade Europeia de Clínica Geral / Medicina Familiar), 2002.

Dr. Justin Allen

Director de Educação Pós-Graduada em Clínica Geral

Centre for Postgraduate Medical Education, Universidade de Leicester, Reino Unido

Presidente da EURACT

Prof. Dr. Bernard Gay

Presidente, CNGE, Paris, França

Universidade de Bordéus, França

Prof. Dr. Harry Crebolder

Universidade de Maastricht

Países Baixos

Prof. Dr. Jan Heyrman

Universidade Católica de Lovaina,

Bélgica

Prof. Dr. Igor Svab,

Universidade de Liubliana,

Eslovénia

Dr. Paul Ram

Universidade de Maastricht

Países Baixos

Editor Científico/Coordenador:

Dr. Philip Evans

Presidente da WONCA Europa

A presente Declaração foi publicada com o apoio e a colaboração da OMS Europa (Barcelona, Espanha).

Tradução: Dr. Rui Pombal

Composição Gráfica: Dr. João Sequeira Carlos

ÍNDICE

1. Introdução	pág. 4
2. As definições europeias 2002	pág. 6
3. Notas explicativas – novas definições	pág. 9
4. Notas explicativas – competências nucleares	pág. 13
5. Revisão e análise académicas: as novas definições	pág. 15
6. Revisão e análise académicas: as competências nucleares	pág. 29
7. Apêndices	pág. 35
Apêndice 1 - Definições de Leeuwenhorst, da WONCA e de Olesen	
Apêndice 2 - Processo de preparação e consulta a peritos	
Apêndice 3 - Agradecimentos	
Apêndice 4 - Países membros da WONCA Europa	
Apêndice 5 - <i>Definições de termos em língua inglesa</i>	

1. INTRODUÇÃO

No presente consenso, definem-se tanto a disciplina de Medicina Geral e Familiar (Clínica Geral/Medicina Familiar), como as respectivas funções profissionais, descrevendo-se ainda as competências nucleares dos médicos de família. Delineiam-se os elementos essenciais da Disciplina académica e perspectivam-se os serviços que os médicos de família da Europa deverão proporcionar aos seus pacientes, de forma a que os cuidados de saúde prestados sejam da mais elevada qualidade, bem como com uma boa relação custo-efectividade. O agendamento de prioridades em formação/educação, investigação e garantia de qualidade poderá inspirar-se nas definições apresentadas no presente documento, por forma a assegurar um desenvolvimento tal da Medicina Geral e Familiar que esta vá de encontro às necessidades em cuidados de saúde das populações no século XXI.

Existem diferenças significativas através da Europa em termos da organização dos sistemas de saúde e da prática da Medicina Familiar. Nos países da União Europeia, bem como nos candidatos à União, a educação médica rege-se pela Directiva EU 93/16, a qual pretende sobretudo promover a livre circulação de médicos. Infelizmente, a Directiva coloca pouca ênfase no conteúdo e qualidade da formação pós-graduada. Torna-se assim evidente e da maior importância que, para protecção dos pacientes, os médicos de família recebam formação que os apteche com as aptidões necessárias para exercerem em *qualquer* Estado membro.

Esta Declaração foi produzida em nome da WONCA Europa (Sociedade Europeia de Clínica Geral/Medicina Familiar), a organização regional europeia da organização mundial de médicos de família (WONCA). A WONCA Europa constitui a liderança académica e científica, em representação da Medicina Geral e Familiar, em todo o continente. Os seus membros incluem as organizações nacionais académicas de Medicina Familiar de 30 países europeus, bem como médicos de família enquanto membros individuais. O seu principal papel consiste em promover e desenvolver a Disciplina, de modo a serem atingidos e mantidos elevados padrões de formação/educação, investigação e prática clínica, em benefício dos pacientes individuais e das comunidades.

A reforma dos sistemas de saúde nacionais é um aspecto comum a toda a Europa e ao mundo. Procuram-se novas formas de garantir e prestar cuidados de saúde, tendo em conta as mudanças demográficas, os avanços médicos, a economia da saúde e as necessidades e expectativas dos pacientes. A evidência científica a nível internacional¹ indica que os sistemas de saúde baseados em cuidados primários efectivos com médicos generalistas (Médicos de Família) altamente treinados e exercendo na comunidade, prestam cuidados com maior efectividade, tanto em termos de custos como em termos clínicos, em comparação com os sistemas com uma fraca orientação para os cuidados primários.

É vital que o papel complexo e essencial dos médicos de família no seio dos sistemas de saúde seja totalmente compreendido pela comunidade médica, bem como pelas profissões aliadas à Medicina, pelos planeadores de cuidados de saúde, economistas, políticos e público em geral. Na Europa, é necessário um maior investimento na Medicina Geral e Familiar para permitir que os sistemas de saúde cumpram o seu potencial em benefício dos pacientes. Esse investimento tem a ver não só com recursos

humanos e infra-estruturas, mas também com educação/formação, investigação e garantia de qualidade.

As novas definições e competências nucleares são agora publicadas de modo a informar e contribuir para o debate sobre o papel essencial da Medicina Geral e Familiar no seio dos sistemas de saúde, tanto a nível nacional como pan-europeu.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Starfield B. Primary care: balancing health needs, services and technology. Oxford: Oxford University press, 1998.

2. AS DEFINIÇÕES EUROPEIAS 2002

A DISCIPLINA E A ESPECIALIDADE DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR (CLÍNICA GERAL / MEDICINA FAMILIAR)

A Medicina Geral e Familiar (Clínica Geral / Medicina Familiar) é uma Disciplina académica e científica, com os seus próprios conteúdos educacionais, investigação, base de evidência e actividade clínica; é uma especialidade clínica orientada para os cuidados primários.

i. A disciplina de Medicina Geral e Familiar (Clínica Geral / Medicina Familiar) caracteriza-se por:

- a) ser normalmente o primeiro ponto de contacto médico com o sistema de saúde, proporcionando um acesso aberto e ilimitado aos seus utentes e lidando com todos os problemas de saúde, independentemente da idade, sexo, ou qualquer outra característica da pessoa em questão;
- b) utilizar eficientemente os recursos da Saúde, coordenando a prestação de cuidados, trabalhando com outros profissionais no contexto dos cuidados primários e gerindo a interface com outras especialidades, assumindo um papel de advocacia do paciente sempre que necessário;
- c) desenvolver uma abordagem centrada na pessoa, orientada para o indivíduo, a família e a comunidade;
- d) ter um processo de Consulta singular em que se estabelece uma relação ao longo do tempo, através de uma comunicação médico-paciente efectiva;
- e) ser responsável pela prestação de cuidados continuados longitudinalmente consoante as necessidades do paciente;
- f) possuir um processo de tomada de decisão determinado pela prevalência e incidência de doença na comunidade;
- g) gerir simultaneamente os problemas, tanto agudos como crónicos, dos pacientes individuais;
- h) gerir a doença que se apresenta de forma indiferenciada, numa fase precoce da sua história natural, e que pode necessitar de intervenção urgente;
- i) promover a saúde e bem-estar através de intervenções tanto apropriadas como efectivas.
- j) ter uma responsabilidade específica pela saúde da comunidade.
- k) lidar com os problemas de saúde em todas as suas dimensões física, psicológica, social, cultural e existencial.

ii. A Especialidade de Medicina Geral e Familiar (Clínica Geral / Medicina Familiar)

Os médicos de família são médicos especialistas treinados nos princípios da sua Disciplina. São médicos pessoais, principalmente responsáveis pela prestação de cuidados abrangentes e continuados a todos os indivíduos que os procurem, independentemente da idade, sexo ou afecção. Cuidam de indivíduos no contexto das suas famílias, comunidades e culturas, respeitando sempre a autonomia dos seus pacientes.

Os médicos de família reconhecem ter uma responsabilidade profissional para com a sua comunidade. Ao negociarem planos de acção com os seus pacientes, integram factores físicos, psicológicos, sociais, culturais e existenciais, recorrendo ao conhecimento e à confiança gerados pelos contactos repetidos. Exercem o seu papel profissional promovendo a saúde, prevenindo a doença e prestando cuidados curativos, de acompanhamento ou paliativos, quer directamente, quer através dos serviços de outros, consoante as necessidades de saúde e os recursos disponíveis no seio da comunidade servida, auxiliando ainda os pacientes, sempre que necessário, no acesso àqueles serviços.

Os médicos de família devem responsabilizar-se pelo desenvolvimento e manutenção das suas aptidões, equilíbrio e valores pessoais, como base para a prestação segura e efectiva de cuidados de saúde aos pacientes.

iii. As Competências Nucleares do Médico de Família

Uma definição da Disciplina de Medicina Geral e Familiar (Clínica Geral / Medicina Familiar) e do médico especialista correspondente deverá conduzir directamente às competências nucleares do Médico de Família. Por nucleares entende-se essenciais para a Disciplina, independentemente do sistema de saúde em que sejam aplicadas.

§1. As onze características centrais que definem a Disciplina relacionam-se com as onze capacidades que todos os especialistas em Medicina Geral e Familiar devem dominar. Aquelas podem ser agrupadas em seis competências nucleares (em relação às características):

1. Gestão de cuidados de saúde primários (a,b)
2. Cuidados centrados na pessoa (c,d,e)
3. Aptidões específicas de resolução de problemas (f,g)
4. Abordagem abrangente (h,i)
5. Orientação comunitária (j)
6. Modelação holística (k)

§2. Para exercer a especialidade, o clínico competente implementará essas competências em três áreas:

- a. tarefas clínicas,
- b. comunicação com os pacientes e
- c. gestão da prática clínica.

§3. Enquanto Disciplina científica centrada na pessoa, três aspectos de fundo devem ser considerados como essenciais:

- a. Aspectos do contexto: considerando o contexto pessoal, familiar, comunitário e cultural;
- b. Aspectos da atitude: baseados nas capacidades, valores e ética profissionais do médico;
- c. Aspectos científicos: adoptando uma abordagem crítica da prática clínica, baseada na investigação científica, bem como mantendo-a através da aprendizagem e da melhoria da qualidade contínuas.

Esta inter-relação de competências nucleares, áreas de implementação e aspectos fundamentais, caracteriza a Disciplina e sublinha a complexidade da especialidade. É esta complexa inter-relação entre as competências nucleares que deverá orientar e ver-se reflectida no agendamento de prioridades para o ensino, investigação e melhoria de qualidade.

3. NOTAS EXPLICATIVAS – NOVAS DEFINIÇÕES

Medicina Geral e Familiar (Clínica Geral / Medicina Familiar): a Disciplina e a Especialidade

É necessário definir tanto a Medicina Geral e Familiar enquanto Disciplina, como o papel do especialista correspondente - o Médico de Família. A primeira definição é necessária para que se possam conhecer os fundamentos académicos e a estrutura sobre a qual a Disciplina assenta, orientando assim o desenvolvimento da formação/educação, investigação e melhoria contínua de qualidade. A segunda é necessária para que a definição académica se traduza na realidade do médico de família especializado, o qual trabalha com os seus pacientes no seio dos vários sistemas de saúde através da Europa.

1. As características da Disciplina de Medicina Geral e Familiar (Clínica Geral / Medicina Familiar) são tais que esta:

a) é normalmente o primeiro ponto de contacto médico com o sistema de saúde, proporcionando um acesso aberto e ilimitado aos seus utentes e lidando com todos os problemas de saúde, independentemente da idade, sexo ou qualquer outra característica da pessoa em questão

O termo "normalmente" é aqui utilizado para indicar que em algumas circunstâncias, por exemplo no caso de um traumatismo *major*, este não é o ponto de primeiro contacto. No entanto, não deverá haver quaisquer barreiras ao acesso, devendo os médicos de família lidar com todos os tipos de pacientes, jovens ou idosos, homens ou mulheres, quaisquer que sejam os seus problemas de saúde. A Medicina Geral e Familiar é o primeiro e essencial recurso. Cobre um vasto leque de actividades determinadas pelas necessidades e pela procura dos pacientes. Esta perspectiva está na origem das múltiplas facetas da Disciplina e da oportunidade da respectiva utilização na gestão de problemas individuais e comunitários.

b) utiliza de forma eficiente os recursos de saúde através da coordenação de cuidados, através do trabalho com outros profissionais no contexto dos cuidados de saúde primários, bem como através da gestão da interface com outras especialidades, assumindo um papel de advocacia do paciente sempre que necessário.

Este papel de coordenação constitui um aspecto chave do custo-efectividade de cuidados primários de qualidade, ao assegurar que os pacientes recorram ao profissional de saúde mais apropriado ao seu problema específico. A síntese do trabalho dos diferentes prestadores de cuidados de saúde, a distribuição apropriada de informação e os procedimentos de requisição de tratamentos dependem todos da existência de uma unidade coordenadora. A Medicina Geral e Familiar pode desempenhar este papel de pivô, desde que as condições estruturais o permitam. O desenvolvimento de um trabalho de equipa à volta do paciente com todos os profissionais de saúde beneficiará a qualidade dos cuidados prestados. Ao gerir a interface com outras especialidades, esta Disciplina garante que as pessoas que necessitam de serviços de tecnologia de ponta baseados nos cuidados secundários,

poderão aceder aos mesmos adequadamente. Um dos papéis chave da Disciplina é de advocacia e protecção dos pacientes do prejuízo que lhes poderá ser infligido como resultado de rastreios, exames e tratamentos desnecessários, bem como de orientação daqueles através das complexidades do sistema de saúde.

c) desenvolve uma abordagem centrada na pessoa, orientada para o indivíduo, a sua família e a sua comunidade

A Medicina Geral e Familiar lida com as pessoas e os seus problemas no contexto das suas circunstâncias de vida e não como patologias ou "casos" impessoais. O ponto de partida de todo o processo é o paciente. É tão importante compreender como o paciente consegue viver a sua vida e encarar a sua doença, como abordar o processo patológico em si. O denominador comum é a pessoa com as suas crenças, medos, expectativas e necessidades.

d) possui um processo singular de condução da Consulta, estabelecendo uma relação ao longo do tempo, através de uma comunicação médico-paciente efectiva

Cada contacto entre o paciente e o seu médico de família contribui para uma história em evolução e cada consulta individual vai colher da partilha de experiências prévias. O valor desta relação personalizada é determinado pelas aptidões de comunicação do médico de família, sendo terapêutica por si só.

e) é responsável pela prestação de cuidados continuados longitudinalmente em consonância com as necessidades do paciente

A abordagem da Medicina Geral e Familiar deve ser constante desde o nascimento (e por vezes desde antes desse momento) até à morte (e por vezes até depois). Garante a continuidade dos cuidados através do seguimento dos pacientes durante toda a sua vida. O processo clínico constitui uma prova explícita daquela constância, sendo uma memória objectiva das consultas, ainda que apenas uma parte da história comum do médico e do paciente. Os médicos de família prestam cuidados durante períodos substanciais das vidas dos seus pacientes, através de muitos episódios de doença. São igualmente responsáveis por garantir que os cuidados de saúde sejam prestados 24/24 horas, requisitando ou coordenando os mesmos sempre que não os possam prestar pessoalmente.

f) possui um processo específico de tomada de decisões determinado pela prevalência e incidência de doença na comunidade

Os problemas de saúde apresentam-se aos médicos de família na comunidade de uma forma muito diferente daquela com que se apresentam nos cuidados secundários. A prevalência e incidência das doenças é diferente da que surge no contexto hospitalar. As doenças graves apresentam-se menos frequentemente que no hospital por não haver qualquer selecção prévia. É assim necessário um processo de decisão baseado em probabilidades, enformado pelo conhecimento dos pacientes e da comunidade. O valor preditivo positivo ou negativo de um sinal clínico ou de um teste de diagnóstico em Medicina Geral e Familiar tem um peso diferente do que se encontrará no contexto hospitalar. Os médicos de família frequentemente têm de aliviar a ansiedade associada à possibilidade de doença uma vez determinada a inexistência desta.

g) gere simultaneamente problemas agudos e crónicos de pacientes individuais

A Medicina Geral e Familiar tem de lidar com os problemas de saúde de cada paciente individual, não se podendo limitar apenas à abordagem da doença actual. O médico tem assim frequentemente de gerir problemas múltiplos. O paciente vem à consulta frequentemente por queixas várias, aumentando o seu número com a idade. A resposta simultânea a várias exigências torna necessária a gestão hierarquizada dos problemas, levando em conta tanto as prioridades do paciente como as do médico.

h) gere afecções que se apresentam de forma indiferenciada num estágio precoce da sua história natural, podendo necessitar de uma intervenção urgente

O paciente apresenta-se frequentemente no início dos sintomas, sendo difícil fazer um diagnóstico nesta fase precoce. A forma de apresentação tem implicações em termos de decisões importantes que terão de ser tomadas em benefício do paciente, com base em informação limitada e numa altura em que o valor preditivo do exame e dos testes clínicos é mais incerto. Mesmo quando os sinais e sintomas de uma determinada doença são bem conhecidos, tal não se aplica aos sinais mais precoces, os quais são frequentemente inespecíficos e comuns a um conjunto de doenças. A gestão do risco nestas circunstâncias é um aspecto chave da Disciplina. Uma vez excluída uma evolução grave imediata, a decisão poderá ser de esperar pela evolução dos acontecimentos e rever o paciente mais tarde. O resultado de uma só consulta fica-se frequentemente pela identificação de um ou mais sintomas, por vezes por uma ideia geral da doença, mas raramente por um diagnóstico definitivo imediato.

i) promove a saúde e o bem-estar através de intervenções tanto apropriadas como efectivas

As intervenções têm de ser apropriadas, efectivas e, sempre que possível, baseadas em evidência científica adequada. Uma intervenção desnecessária poderá causar dano ao paciente e desperdiçar valiosos recursos de saúde.

h) tem uma responsabilidade específica pela saúde da comunidade

Ao lidar com as questões da saúde, a Disciplina reconhece ser responsável tanto pelo paciente individual como pela comunidade mais alargada. Ocasionalmente, tal gerará tensão, podendo levar a conflitos de interesse que terão de ser adequadamente abordados.

k) lida com problemas de saúde em todas as suas dimensões física, psicológica, social, cultural e existencial

A Disciplina tem de reconhecer todas estas dimensões simultaneamente, atribuindo um peso específico apropriado a cada uma delas. O comportamento na doença e os padrões de doença variam em função de muitas destas questões, podendo estar na origem de grande infelicidade aquelas intervenções que não levem em conta a raiz do problema segundo o doente.

2. A Especialidade de Medicina Geral e Familiar

Os médicos de família são especialistas com formação nos princípios da Disciplina. São médicos pessoais, principalmente responsáveis pela prestação de cuidados abrangentes e continuados a todos os indivíduos que procuram cuidados médicos, independentemente da sua idade, sexo ou afecção. Prestam cuidados a indivíduos no contexto das respectivas famílias, comunidades e culturas, respeitando sempre a sua autonomia. Reconhecem ter também uma responsabilidade profissional para com a sua comunidade. Quando negociam os planos de acção com os seus pacientes, integram factores físicos, psicológicos, sociais, culturais e existenciais, recorrendo aos conhecimentos e à confiança gerados pelos contactos médico-paciente repetidos. Os médicos de família desempenham o seu papel profissional promovendo a saúde, prevenindo a doença e prestando cuidados médicos de acompanhamento, curativos e paliativos. Conseguem-no quer directamente, quer através dos serviços de outros profissionais, consoante as necessidades de saúde e os recursos disponíveis na comunidade servida, auxiliando os pacientes, sempre que necessário, a acederem àqueles serviços. Os médicos de família devem responsabilizar-se pelo desenvolvimento e manutenção das suas aptidões, bem como dos seus valores e equilíbrio pessoais, como base para a prestação de cuidados efectivos e seguros.

Esta definição do papel do Médico de Família coloca as características da Disciplina descritas acima no contexto da prática clínica. Constitui um ideal a que todos os médicos de família poderão aspirar. Alguns dos elementos desta definição não são exclusivos destes últimos, senso aplicáveis em geral à profissão médica como um todo. A especialidade de Medicina Geral e Familiar é no entanto, a única que consegue implementar simultaneamente todos aqueles aspectos. Um exemplo de uma responsabilidade comum é a da manutenção das aptidões clínicas, o que poderá ser particularmente difícil para os médicos de família que trabalham isoladamente.

4. NOTAS EXPLICATIVAS – COMPETÊNCIAS NUCLEARES

A definição da Disciplina de Medicina Geral e Familiar (Clínica Geral / Medicina Familiar) e do respectivo especialista conduz-nos directamente às competências nucleares do Médico de Família.

Por nucleares entende-se essenciais à Disciplina, independentemente do sistema de saúde em que se apliquem. Agrupam-se estas competências sob três parágrafos: relacionadas com a Disciplina (§1), relacionadas com a prática da especialidade (§2) e relacionadas com alguns aspectos básicos de fundo (§3).

§1. As onze características que definem a Disciplina têm a ver com onze aptidões que deverão ser dominadas por todos os especialistas em Medicina Geral e Familiar. Agrupam-se em seis competências nucleares:

1. Gestão de cuidados primários

- a) capacidade para gerir o contacto de primeira instância com os pacientes;
- b) coordenação dos cuidados prestados por outros profissionais de cuidados primários e outros especialistas, levando a uma prestação de cuidados efectiva e apropriada, assumindo uma posição de advocacia do paciente, sempre que necessário.

2. Cuidados centrados na pessoa

- c) capacidade de adoptar uma abordagem centrada na pessoa ao lidar com os pacientes e seus problemas;
- d) desenvolvimento e aplicação da técnica de consulta de Medicina Geral e Familiar por forma a gerar uma relação médico-paciente efectiva;
- e) prestação de cuidados longitudinais continuados conforme as necessidades do paciente.

3. Aptidões específicas de resolução de problemas

- f) utilização do processo específico de tomada de decisões em função da prevalência e da incidência da doença na comunidade
- g) abordagem de patologias que se podem apresentar de forma precoce e indiferenciada, com intervenção urgente se necessário.

4. Abordagem abrangente

- h) abordagem simultânea, tanto dos problemas agudos como dos problemas crónicos de saúde do indivíduo;
- i) promoção da saúde e do bem-estar através da aplicação adequada de estratégias de promoção da saúde e de prevenção da doença

5. Orientação comunitária

- j) conjugação das necessidades de saúde dos pacientes individuais com as necessidades de saúde da comunidade em que se inserem, em equilíbrio com os recursos disponíveis.

6. Modelação holística

- k) capacidade de usar um modelo biopsicossocial, levando em conta as dimensões cultural e existencial.

§2. Para exercer a especialidade, o clínico competente implementará estas competências em três importantes áreas:

- a. tarefas clínicas
- b. comunicação com os pacientes e
- c. gestão da prática clínica.

§3. Enquanto Disciplina científica centrada na pessoa, devem ser considerados como essenciais três aspectos de fundo:

- a) Aspectos do Contexto: recorrendo ao contexto da pessoa, da sua família, comunidade e cultura.
- b) Aspectos de Atitude: baseados nas capacidades, valores e ética profissionais do médico.
- c) Aspectos científicos: adoptando uma abordagem clínica crítica e baseada na investigação científica, mantendo-a através da aprendizagem e da melhoria de qualidade contínuas.

A inter-relação das competências nucleares, das áreas de implementação e dos aspectos de fundo essenciais caracteriza a Disciplina e sublinha a complexidade da especialidade. É essa complexa inter-relação entre as competências nucleares que deverá orientar e ver-se reflectida no desenvolvimento do agendamento de prioridades de ensino/formação, investigação e melhoria contínua de qualidade.

5. REVISÃO E ANÁLISE ACADÉMICAS: AS NOVAS DEFINIÇÕES

Introdução

O Grupo de Leeuwenhorst produziu o seu documento sobre "O Clínico Geral na Europa" em 1974¹. Nessa altura, a Medicina Geral e Familiar (Clínica Geral / Medicina Familiar) estava na sua infância enquanto Disciplina, especialmente no que diz respeito à sua base de ensino e investigação. Trinta anos depois, o mundo avançou e não houve mudanças tão aparentes quanto as verificadas na prestação de cuidados de saúde.

A Medicina Geral e Familiar está agora bem estabelecida em todos os sistemas de saúde da Europa e é reconhecida pelos prestadores de serviços de saúde como sendo de importância sempre crescente. Tal foi sublinhado pela OMS Europa no seu documento estrutural de 1998², bem como pela forma como a maioria dos países do antigo Bloco Soviético têm vindo a introduzir a Medicina Geral e Familiar como base dos seus novos sistemas de cuidados de saúde.

A sociedade mudou nos últimos 30 anos e o paciente tem vindo a adquirir um papel cada vez mais determinante nos seus cuidados de saúde e respectiva prestação. A opinião do clínico já não é vista como sacrossanta, estando a emergir um novo diálogo entre os consumidores e os prestadores de cuidados de saúde. O futuro médico de família deverá não só estar consciente desta mudança, como ser capaz de se desenvolver com sucesso neste novo ambiente. É importante que a Disciplina da Medicina Geral e Familiar continue a evoluir à medida que os sistemas de saúde em cujo seio funciona se alteram, respondendo sempre às necessidades de saúde dos pacientes. Os médicos de família devem envolver-se no desenvolvimento contínuo dos seus sistemas de saúde e, enquanto indivíduos, devem ser capazes de mudar de forma a irem de encontro a estes novos desafios.

Van Weel, na sua recente prelecção no Encontro de Primavera do RCGP³, destacou a necessidade de o desenvolvimento académico permitir transferir conhecimento, perícia e experiência para o desenvolvimento de técnicas e metodologias destinadas a satisfazer os requisitos específicos da Medicina Geral e Familiar e a explorar a efectividade dos cuidados prestados neste âmbito. Salientou igualmente a importância da base de valores da própria Medicina Geral e Familiar e a necessidade de uma cultura comum de ensino, investigação e formação.

Torna-se assim oportuno reexaminar as definições do papel do médico de família e desenvolver uma declaração clara sobre as características da Disciplina de Medicina Geral e Familiar (Clínica Geral / Medicina Familiar). Existe ainda um imperativo para os países da União Europeia e para todos os que aspiram à adesão. A Directiva UE 93/16⁴ pretende promover a livre circulação de médicos e, portanto, para protecção dos pacientes, torna-se por demais evidente que os médicos de família devem receber formação que os apteche com as aptidões necessárias para exercerem em *qualquer* Estado-membro, uma vez que a sua qualificação lhes permite exercer em toda a UE sem formação adicional. Por conseguinte, é importante chegar a uma visão de consenso que defina as características da Disciplina e as tarefas que devem ser realizadas pelos médicos de família.

A Directiva 93/16 define apenas um período mínimo de formação de 2 anos e um mínimo de seis meses de contacto com um contexto de clínica geral. Em alguns países,

aquele período foi alargado para 3 ou mais anos. O documento de Consenso da UEMO de 1994, sobre formação específica em Clínica Geral⁵, defendeu a necessidade de se prolongar o período de formação para uma duração mínima de 3 anos, incluindo uma formação teórica e prática, durante a qual um mínimo de 50% da formação clínica deve ser realizada num contexto de Clínica Geral / Medicina Familiar. O Comité Consultivo de Formação Médica (ACMT)⁶ aceitou os pontos de vista da UEMO e aconselhou a Comissão Europeia a rever a Directiva em consonância, estabelecendo um período de formação de 3 anos, 50% do qual em prática de Clínica Geral / Medicina Familiar, ficando os médicos de família responsáveis e envolvidos na formação em Medicina Geral e Familiar a todos os níveis. Esta recomendação, infelizmente, ainda não foi aceite pela Comissão Europeia.

Os problemas relacionados com a alteração da alínea 4 da Directiva médica que tem a ver com a Medicina Geral e Familiar (Clínica Geral / Medicina Familiar), bem como a necessidade de se desenvolver a posição da Medicina Geral e Familiar no seio dos *curricula* das escolas médicas, levaram à sugestão de que a prossecução do desenvolvimento da Disciplina poderá ser melhor conseguida se "especialista em Medicina Geral e Familiar" se tornar uma das especialidades médicas enumeradas na alínea 3 onde se incluem todas as outras especialidades. A discussão deste ponto extravasa o âmbito do presente documento, sendo o actual objectivo tão só elaborar os princípios consubstanciados na Disciplina de Medicina Geral e Familiar.

PAPEL, DISCIPLINA E SISTEMA DE SAÚDE

Pode-se abordar o problema da elaboração de uma nova definição de diferentes maneiras. O método utilizado pelo Grupo de Leeuwenhorst, e mais recentemente por Olesen *et al*⁷, consistiu em definir os parâmetros da Disciplina descrevendo os tipos de tarefas que o médico de família tem de realizar.

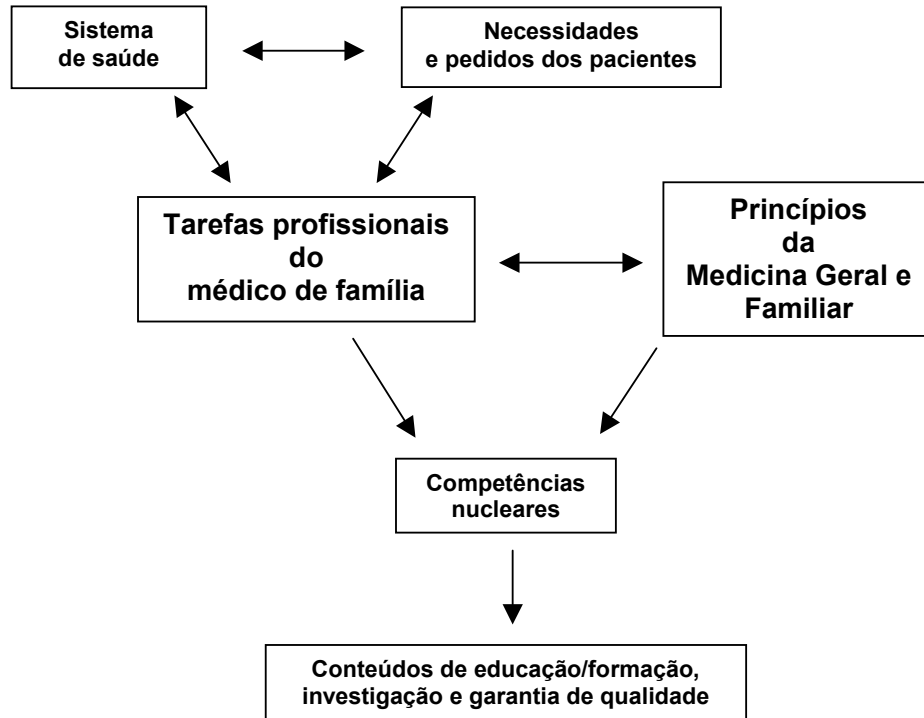
Uma abordagem alternativa consiste em tentar definir os princípios fundamentais da Disciplina de Medicina Geral e Familiar (Clínica Geral / Medicina Familiar). Esta abordagem foi a utilizada por Gay numa comunicação durante a reunião inaugural da WONCA Europa em Estrasburgo, em 1995⁸, tendo também sido usada no documento estrutural desenvolvido pela WONCA Europa. Gay sugeriu que haverá uma relação entre os princípios e as tarefas e algumas influências sobre a tarefa que necessita de ser realizada pelos pacientes e pelo sistema de saúde. Daí deveria chegar-se às definições das competências que determinarão o conteúdo da formação/educação em Medicina Geral e Familiar (Figura 1).

Aponta-se assim para a relação dinâmica entre os princípios fundadores da Disciplina e as tarefas que os médicos de família têm de realizar. Estas são determinadas em grande medida pelo sistema de saúde em que aqueles trabalham e pelas mudanças nas necessidades e exigências dos pacientes.

As características tais como foram descritas pela WONCA Europa podem igualmente ser consideradas como objectivos para a Medicina Geral e Familiar no seio do sistema de saúde. Estes conceitos colocam em jogo ideias de efectividade. Se se aceitar que o sistema de saúde determina em maior ou menor medida cada tarefa que o médico de família pode realizar, qualquer nova definição deverá levar em conta o contexto em que

o aquele trabalha, reflectindo também as mudanças nas necessidades dos pacientes e os avanços na prestação de cuidados de saúde.

Figura 1



Estas abordagens não são mutuamente exclusivas e quaisquer novas definições deverão levar em conta os princípios fundamentais da Disciplina, as tarefas nucleares do médico de família no seio do sistema de saúde e a influência deste na prestação de cuidados de Medicina Geral e Familiar.

Os princípios da Disciplina sugeridos por Gay foram os seguintes:

1. Abordagem centrada no paciente
2. Orientação para o contexto familiar e comunitário
3. Leque de actividades determinado pelos pedidos e necessidades dos pacientes
4. Problemas de saúde complexos e não pré-seleccionados
5. Baixa incidência de doenças graves
6. Doenças em estadio precoce
7. Gestão simultânea de múltiplas queixas e patologias
8. Gestão contínua
9. Cuidados coordenados
10. Eficiência

Em muitos aspectos, estes princípios são semelhantes às características da Medicina Geral e Familiar (Clínica Geral / Medicina Familiar) descritas na declaração estrutural da OMS:

A. Generalista
B. Continuada
C. Abrangente
D. Coordenada

E. Colaborativa
F. Orientada para a família
G. Orientada para a comunidade

A declaração da OMS pormenoriza ainda o que se entende por aquelas 7 características:

Generalista: -

- Problemas de saúde não seleccionados, em toda a população;
- Não exclui categorias em função da idade, sexo, classe social, raça ou religião, nem qualquer categoria de problema de saúde;
- Fácil acesso, não limitado por barreiras geográficas, culturais, administrativas ou financeiras.

Continuada: -

- Centrada na pessoa;
- Cuidados de saúde longitudinais, durante períodos substanciais da vida, não limitados a um episódio de doença.

Abrangente:-

cuidados integrados envolvendo

- Promoção da saúde, prevenção da doença, cuidados curativos, de reabilitação e de suporte;
- Perspectivas física, psicológica e social;
- Aspectos clínicos, humanísticos e éticos da relação médico-paciente.

Coordenada: -

- Cuidados geridos no ponto de primeiro contacto;
- Referenciação a serviços especializados;
- Informação aos pacientes sobre serviços disponíveis;
- Coordenação e gestão de cuidados.

Colaborativa: -

- Funcionamento em equipas multidisciplinares;
- Delegação de cuidados, quando apropriado;
- Exercício da liderança.

Cuidados orientados para a família:-

abordagem dos problemas individuais no contexto de

- Circunstâncias familiares;
- Redes sociais e culturais;
- Circunstâncias domésticas e laborais;

Orientada para a comunidade:-

sugere-se que os médicos de família deverão considerar os problemas individuais no contexto de

- Necessidades de saúde da comunidade;
- Outros profissionais e instituições.

A WONCA, na sua declaração de 1991 sobre o Papel do Clínico Geral / Médico de Família nos Sistemas de Saúde⁹, produziu uma definição do papel do Médico de Família e correlacionou este com os aspectos da Medicina Geral e Familiar (Clínica Geral / Medicina Familiar) descritos sob as categorias de compromissos e especificações. A declaração WONCA de 1991 inclui os aspectos seguintes:

- Cuidados abrangentes
- Orientação para o paciente
- Enfoque familiar
- Relação médico-paciente
- Coordenação com outros serviços
- Advocacia pelo paciente
- Gestão de acessibilidade e de recursos

Existe uma grande sobreposição entre as características OMS, as "especificações" do documento WONCA e os princípios definidos por Gay, o que se demonstra no quadro de cruzamentos da página seguinte:

OMS 1998	WONCA 1991	"Princípios" descritos por Gay
Generalista	Cuidados abrangentes	3. Leque de actividades determinado pelos pedidos e necessidades do paciente 4. Problemas complexos e não pré-seleccionados
Continuada***	Orientação para o paciente	1. Abordagem centrada no paciente 8. Gestão contínua
Abrangente	Cuidados abrangentes	3. Leque de actividades determinado pelos pedidos e necessidades do paciente 4. Problemas complexos e não pré-seleccionados
Coordenada	Coordenação com outros serviços	9. Cuidados coordenados
Colaborativa	Coordenação com outros serviços	9. Cuidados coordenados
Orientada para a família	Enfoque familiar	2. Orientação para a família e contexto comunitário
Orientada para a comunidade	Compromisso com a comunidade	2. Orientação para a família e contexto comunitário

* Há alguma dificuldade gerada por confusão no uso da linguagem no documento da OMS. A confusão tem a ver com as palavras "continuada" e "contínua", sendo que esta última é a mais apropriada no contexto do documento da OMS.

Continuada - significa sem interrupção, ininterruptamente, tal como o perímetro de muro à volta de uma prisão.

Contínua - significa que um dado processo ou actividade serão mantidos, estarão em curso no futuro, embora não incessantemente.

O campo da educação médica fornece-nos uma melhor ilustração. Educação médica continuada significaria que nunca se faria mais nada a não ser educação médica continuamente de manhã, à tarde e à noite. Educação médica contínua, por outro lado, descreveria antes um processo que poderia perfeitamente ser intermitente ou episódico, mas que se continuaria indefinidamente. Os cuidados longitudinais prestados pelo médico de família seriam idealmente descritos pela designação de "contínuos".

** A partir do original em língua inglesa, estabeleceram-se as correspondências:

continuous - continuado(a)

continuing - contínuo(a)

Há, no entanto, algumas diferenças interessantes. Os itens descritos pela OMS e pela WONCA têm a ver com a actividade profissional no sistema de saúde e não com a Disciplina enquanto actividade médica com um processo específico. Na realidade, os 3 itens seguintes dizem respeito à Disciplina e não estão de facto integrados nas características da OMS ou da WONCA.

A "baixa prevalência de doenças graves", as "doenças num estadio precoce" e a "gestão simultânea de múltiplas queixas e patologias" da comunicação de Gay, fazem parte dos "cuidados abrangentes" do documento da WONCA, mas não são cobertas pelas características da OMS. Cobrem sim um aspecto crucial da Medicina Geral e Familiar, nomeadamente que se trata de uma Disciplina baseada nas pessoas (por oposição a ser baseada nas patologias ou nos órgãos), orientada para a normalidade (em oposição à orientação para a anomalia, dos cuidados secundários), mas em que o médico de família também poderá encontrar e gerir afecções graves num estadio precoce e indiferenciado.

A declaração da WONCA também sublinha que a incidência de doença e os sinais de apresentação da mesma são muito diferentes em cuidados primários, em relação ao que se observa a nível hospitalar, local onde aqueles são habitualmente ensinados.

A OMS acaba por não explorar em profundidade aquilo que deverá ser encarado com a pedra basilar da Medicina Geral e Familiar - a consulta individual entre paciente e médico de família. Gay propôs um modelo teórico de Clínica Geral / Medicina Familiar: um MODELO GLOBAL, de espírito aberto e que encara a doença como o resultado de factores orgânicos, humanos e ambientais. Este conceito, em que a saúde é uma estrutura complexa, é como o modelo biopsicossocial de Engel - um modelo holístico.

A Consulta está incluída na declaração da WONCA, a qual também descreve a necessidade de exprimir a definição dos problemas para os pacientes tanto em termos biomédicos como humanísticos, isto é, físicos, psicológicos e sociais. Este aspecto teve a sua origem no relatório do grupo de trabalho do Royal College of General Practitioners (RCGP)¹⁰ e enraizou-se de tal modo na forma de pensar da Disciplina que se encontra em risco de se pressupor como garantido.

A eficiência corresponde a outra afirmação de Gay que não é especificamente mencionada nas características OMS. Refere-se presumivelmente à eficiência em termos de custos, a qual se aceita como um aspecto característico dos sistemas de saúde familiares bem desenvolvidos. A declaração WONCA aprofunda ainda mais esta ideia ao sugerir que o médico de família terá um papel na gestão de recursos dos sistemas de saúde.

A íntima inter-relação entre os princípios definidores da Disciplina conforme anteriormente descritos e as várias descrições de papéis, pode constatar-se se se examinarem estes últimos em algum pormenor (Ver Apêndice 1). A definição original de Leeuwenhorst parece ter a vantagem sobre as outras de ter resistido ao teste do tempo e de ser amplamente aceite. Tem muito a ver com o seu tempo, uma altura em que a Clínica Geral / Medicina Familiar era uma novíssima Disciplina, com uma base educacional e de investigação limitada, sendo habitualmente encarada como o ramo da profissão médica a que se acabava por ir parar quando não se tinham outras aptidões. Enformava-se, pelo menos em parte, na definição profissional produzida por um grupo de trabalho do Royal College of General Practitioners, em 1972¹⁰, a qual também parece ter dado forma à definição da WONCA. Cobre muitas das características mais tarde descritas pela OMS, mas coloca-as no contexto da prática clínica diária. No entanto, não é suficiente em si mesma para poder ser uma definição única. Com efeito, não é abrangente; os cuidados curativos, de reabilitação e de suporte não são especificamente mencionados, por exemplo.

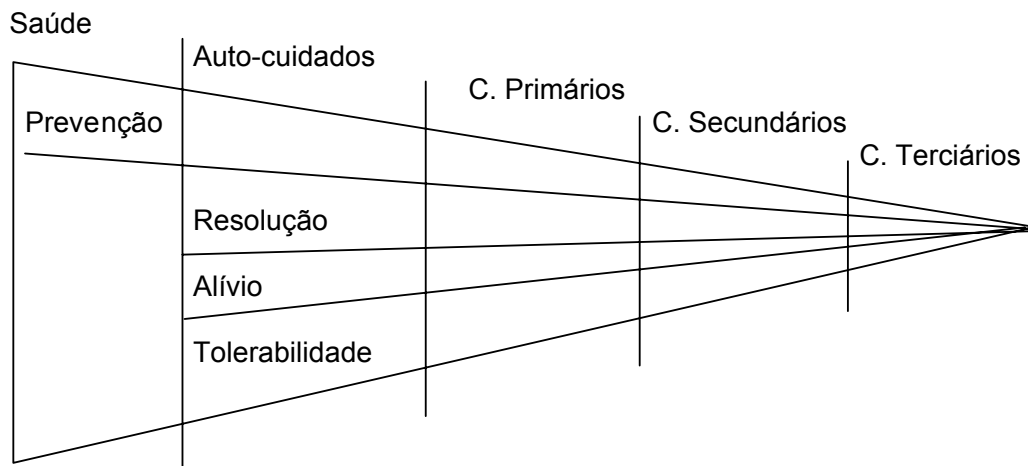
Olesen *et al* afirmaram que a definição de Leeuwenhorst original está desactualizada e já não reflecte a realidade da Medicina Geral e Familiar de hoje. No entanto, parece que muita da insatisfação exprimida por Olesen *et al* deve-se ao facto de muitos daqueles que se vêem a si próprios como médicos de família se encontram a trabalhar em sistemas de saúde em que não é possível seguir todas as características. Assim, deixam cair alguns aspectos que muitos outros considerariam primordiais para o trabalho do médico de família, perdendo em particular o conceito do contexto comunitário da Disciplina e o dos cuidados longitudinais (continuidade). Exemplos de médicos de família que trabalham em serviços de urgência são citados para apoiar aquele ponto de vista.

As duas definições que se seguiram, a da WONCA de 1991 e a de Olesen de 2000, parecem ainda ter muitas das suas raízes na definição de Leeuwenhorst. A declaração WONCA 1991 parece ter-se tornado muito mais relevante para diferentes sistemas de

saúde e incorpora, conforme já foi discutido, alguns descritores da Disciplina. Na sua secção sobre decisão clínica, descreve a apresentação precoce de problemas clínicos indiferenciados, o grande número de problemas que não se encaixam nos diagnósticos biomédicos padrão e a diferente prevalência de afecções e doenças no contexto da Medicina Geral e Familiar por comparação com os cuidados secundários.

Quando se consideram os sistemas de saúde, o modelo de cuidados de saúde mostrado na Figura 2 é o que é geralmente aceite¹¹. Se recorrermos à definição de cuidados primários usada na introdução - "contexto no seio de um sistema de saúde, habitualmente na comunidade do próprio paciente, em que ocorre o primeiro contacto com o profissional de saúde" - seremos levados a considerar o contexto em que o médico de família trabalha. As interfaces entre auto-cuidados, cuidados de saúde primários, secundários e terciários, e as interacções entre os vários prestadores de cuidados de saúde são aspectos importantes a serem levados em consideração.

Figura 2



Existem vários padrões de prestação de cuidados de saúde primários na Europa, com diferenças na população de pacientes com que os médicos de família têm de lidar e com um número crescente de diferentes profissionais de saúde a trabalhar em cuidados primários nos diferentes sistemas de saúde. Os contextos em que esses médicos de família trabalham são muito diferentes uns dos outros, mas os princípios subjacentes à Disciplina dever-se-ão aplicar em qualquer caso.

Obviamente, alguns sistemas de saúde poderão não ser os mais propiciadores de uma boa Medicina Geral e Familiar e, embora esses sistemas não sejam facilmente passíveis de mudar, não deveremos recluir sempre o modelo ideal de sistema de saúde que, com maior probabilidade, conduzirá aos melhores resultados finais em termos de saúde e de custo-eficiência, isto é, um sistema baseado numa Medicina Geral e Familiar de elevada qualidade. Foi este um dos principais impulsos dados pelo documento estrutural da OMS.

A tarefa passa agora por definir a actividade que é exclusivamente apanágio do Médico de Família, o generalista clínico por excelência. Os médicos de família deverão influenciar os auto-cuidados através das suas actividades de medicina preventiva e de educação para a saúde. Em alguns sistemas de saúde, os médicos de família influenciam a prestação tanto de cuidados secundários como terciários e poderão desempenhar um papel facilitador na coordenação de um acesso apropriado àqueles serviços. Noutros sistemas, especialistas não generalistas também trabalham no contexto dos cuidados primários, frequentemente lidando com problemas que noutros países seriam geridos pelos médicos de família. Em alguns sistemas de saúde ainda, os médicos de família, embora trabalhem predominantemente em cuidados primários, poderão desempenhar um papel limitado nos cuidados secundários.

DISCUSSÃO

Será que todas estas declarações e definições poderão ser combinadas numa só definição? Precisaremos de uma nova definição e deverá esta ser uma descrição de papel/tarefa ou dos aspectos salientes da Disciplina? Estas questões foram levantadas num *workshop* da Conferência WONCA Europa 2001, em Tampere (Finlândia). A necessidade de uma nova definição foi aí sentida pela maioria. Essa definição deveria abranger uma descrição tanto das tarefas como dos princípios da Disciplina.

Existem muitas semelhanças entre as declarações de princípio que definem a nossa Disciplina e as descrições de tarefas do médico de família. Encontram-se, no entanto, também diferenças significativas. Conforme foi mencionado, há lacunas em todas as declarações, o que se poderá dever a diferenças na forma como aquelas são interpretadas.

Nenhuma destas definições por si só abrange todos os aspectos chave da Disciplina. Surge portanto a necessidade de uma síntese das várias declarações consideradas até ao momento, por forma a serem examinadas as diferenças, preenchidas as lacunas e assegurada a sua abrangência.

Grande parte da preocupação exprimida por Olesen *et al* no seu artigo acerca da definição de Leeuwenhorst parece resultar de uma interpretação em termos absolutos. Por exemplo, o que se entende por cuidados personalizados? São cuidados prestados pelo mesmo médico em todas as ocasiões? Caso contrário, quais são as situações em que é aceitável um substituto, por exemplo fora de horas? Ou será que nos estamos antes a referir a cuidados para as pessoas e não para as patologias (cuidados orientados para a pessoa descritos por Gay e pela OMS)? Novamente se consultou o *workshop* de Tampere. Muito poucos participantes acharam que os médicos de família deveriam prestar cuidados personalizados 24/24 horas, mas uma maioria substancial foi de opinião que aqueles deveriam prestar cuidados personalizados continuados durante um período de tempo significativo.

Sempre que consideramos as nossas definições, há um conjunto de outras questões que deve ser sublinhado. A interacção singular entre médico de família e paciente que é a Consulta de Medicina Geral e Familiar merece uma exploração mais aprofundada. Aquela interacção foi descrita como "*covenant*" por McWhinney¹², com o seu próprio

efeito terapêutico. Esta relação entre o médico e o paciente em Medicina Geral e Familiar levou Balint¹³ a criar a expressão "médico-medicamento".

A utilização da interacção na Consulta como instrumento terapêutico deve ser encarada como um aspecto chave da Medicina Geral e Familiar e deve fazer parte da respectiva formação. Pereira-Gray¹⁴ explorou mais ainda a questão da continuidade e do uso do tempo, considerando as consultas individuais entre o médico de família e o paciente como parte de todo um *continuum* temporal. Aquele autor notou que o cidadão médio no Reino Unido consulta o seu GP cinco vezes por ano, de que resulta um tempo médio cumulativo de 47 minutos por ano.

Uma área de crescente importância nos últimos anos tem sido o conceito da autonomia do paciente juntamente com o papel do médico de família no desenvolvimento da capacidade do primeiro para gerir as suas próprias afecções, contribuindo para esta gestão através de mudanças comportamentais. Tudo isto se tornará provavelmente cada vez mais importante à medida que os pacientes se informam melhor através de toda a variedade de sistemas de informação actualmente disponíveis, como por exemplo a *Internet*.

A advocacia pelo paciente é referida apenas na declaração da WONCA, embora se encontre em versões preliminares do documento estrutural da OMS. Pode descrever-se como consistindo em "ajudar o paciente a assumir um papel activo no processo de decisão clínica, bem como em colaborar com os governos e outras autoridades para a optimização da distribuição equitativa de serviços a todos os membros da sociedade". Parece ainda haver uma outra função do médico de família, a qual tem a ver com a ajuda aos pacientes na negociação dos seus percursos pelos níveis secundário e terciário dos sistemas de saúde.

A epidemiologia da Medicina Geral e Familiar é essencialmente diferente da dos cuidados secundários. As afecções *major* apresentam-se de forma precoce e indiferenciada. Por outro lado, muitos problemas *minor*, autolimitados, são exclusiva ou predominantemente observados em cuidados primários. A Medicina Geral e Familiar gere ainda grande parte dos cuidados longitudinais prestados nas doenças crónicas.

Muitas das consultas destinam-se a aliviar a ansiedade relacionada com a possibilidade de doença em pacientes sem qualquer patologia (orientação dos cuidados primários para a normalidade). Este conceito de orientação para a normalidade é complexo e tem a ver com várias questões. Inclui a actividade de promoção da saúde e do bem-estar e a expectativa de que muitos dos problemas apresentados não têm qualquer base patológica. Simultaneamente, os médicos de família têm de diagnosticar e gerir afecções graves cuja incidência é diferente quando comparada com a dos cuidados secundários e terciários. Têm de usar aptidões de resolução de problemas para ultrapassarem este dilema. Esta é uma tarefa muito complexa, que requer um processo específico de decisão baseado numa baixa incidência de doença grave e no facto de o valor preditivo positivo dos sinais e sintomas e dos testes de diagnóstico ser diferente nos cuidados primários e, no caso de várias patologias importantes, inferior ao que se encontra no contexto hospitalar. Frequentemente não há qualquer causa biomédica para a queixa apresentada pelo paciente, sendo assim importante saber quando parar de investigar sem comprometer a continuidade dos cuidados. É igualmente importante proteger os pacientes dos perigos da hipermedicalização dos seus problemas, se necessário "poupando-os" a rastreios, exames e tratamentos desnecessários.

McWhinney¹⁵ colocou ênfase num modelo orgânico dos processos biológicos, segundo o qual a forma como um determinado organismo se comporta depende em parte da sua história, contexto e ambiente. Os médicos de família deverão assim, ir de encontro à complexidade e aceitar a incerteza. McWhinney afirma ainda que, de entre todas as Disciplinas clínicas, a Medicina Geral e Familiar funciona ao mais alto nível de complexidade e, conseqüentemente, de incerteza. Na comunicação referida, aquele autor sublinhou vários dos aspectos já discutidos: as relações, a orientação para a pessoa individual e o dualismo entre corpo (físico, psicológico e social) e mente.

Nos tempos que correm, de consumismo e gestão de *performance*, existe a expectativa de que os médicos de família mantenham as suas aptidões através da aprendizagem ao longo da vida, demonstrando isso mesmo por meio da garantia de qualidade. Em alguns sistemas de saúde isto tem levado à obrigatoriedade da reacreditação. Outras mudanças sociais alterarão a forma como o consumidor encara a prestação de cuidados de saúde, devendo o médico de família manter-se flexível para estar apto a reagir a essas mudanças. Tal flexibilidade destina-se a lidar com as rápidas mudanças no campo biomédico as quais, no caso do clínico generalista, se dão ao longo de todo o espectro da doença.

O crescimento das viagens e da imigração pode causar rápidas mudanças na distribuição da saúde e da doença, o que coloca novos desafios ao médico de família e gera uma alteração da epidemiologia da Medicina Geral e Familiar. O médico de família necessita de ter uma compreensão mais alargada das variações culturais, étnicas e religiosas, bem como do seu impacto na saúde e na doença e correspondentes implicações terapêuticas.

Outro desenvolvimento relevante tem a ver com a gestão de recursos. Com os custos sempre crescentes dos cuidados de saúde, o clínico generalista, em parceria com o seu paciente, encontra-se numa posição privilegiada para determinar as prioridades para a prestação de cuidados de saúde e para a alocação de recursos. Os médicos de família deverão igualmente estar conscientes do seu papel na promoção de uma prática clínica custo-efectiva, não só no que lhes diz directamente respeito mas também em relação aos seus colegas. Poderá haver igualmente um conflito entre os desejos e as necessidades do paciente individual e as necessidades da comunidade como um todo. O médico de família deverá estar alerta para esse conflito potencial, sendo capaz de chegar a um equilíbrio adequado, bem como de o comunicar ao paciente.

Uma área que não fora especificamente abordada em nenhuma das definições anteriores é a do conceito das aptidões de grande utilização e das aptidões de alto risco. As primeiras são as que são utilizadas frequentemente no contexto da Medicina Geral e Familiar devido à frequência com que são necessárias; por exemplo, a observação de crianças, a colheita de história sob limitações de tempo, o exame dos ouvidos, nariz e orofaringe, etc.. Já as aptidões de alto risco são as que são necessárias em situações que se apresentam com pouca frequência ao médico de família e que envolvem um risco *major* para o paciente, como por exemplo, a ressuscitação cárdio-respiratória, o paciente com convulsões, ou o paciente agressivo/perigoso.

Finalmente, deve ficar claro que o nosso processo formativo deverá preparar os médicos de família para procedimentos clínicos muito diferentes, que não são

primariamente mecanísticos ou técnicos por natureza, ao contrário do que ainda é predominantemente ensinado nas escolas médicas pelo mundo fora.

É necessário um documento institucional que defina tanto a Disciplina de Medicina Geral e Familiar como as tarefas do médico de família, relacionando-as, pelo menos em traços gerais, com o contexto do sistema de saúde. Deverão ser definidos:

- 1) Os elementos essenciais definidores da Disciplina que não estão dependentes do sistema de saúde.
- 2) As tarefas profissionais que são geralmente aplicáveis mas que podem variar com o contexto. Um exemplo: a referência para os cuidados secundários será um componente essencial, mas a função de *gate-keeping* já não.
- 3) As tarefas profissionais que, devido às diferenças de contexto, não são geralmente aplicáveis, mas cuja implementação no sistema de saúde, sempre que a situação seja considerada insatisfatória (por exemplo, se acreditarmos que os médicos de família deverão lidar com pacientes de todas as idades incluindo crianças, mas tal não for possível num determinado sistema de saúde), deverá ser recomendada, de forma a otimizar os benefícios para os pacientes em termos de resultados finais de saúde e para a sociedade em termos da prestação de cuidados custo-efectivos.

Chegamos assim a algumas definições novas ou, pelo menos, revistas. Necessitamos de uma definição das características ou princípios da Disciplina de Medicina Geral e Familiar **E** de uma definição do papel dos médicos de família, categorizada por referência ao sistema de saúde em que aqueles funcionam.

AS DEFINIÇÕES EUROPEIAS 2002

A Disciplina e a Especialidade de Medicina Geral e Familiar (Clínica Geral / Medicina Familiar)

A Medicina Geral e Familiar (Clínica Geral / Medicina Familiar) é uma Disciplina académica e científica, bem como uma especialidade clínica orientada para os cuidados primários e com os seus próprios conteúdos educacionais, investigação, base de evidência científica e actividades clínicas.

1. As características da Disciplina de Medicina Geral e Familiar são tais que esta:

- a) é normalmente o ponto de primeiro contacto com o sistema de saúde, prestando um acesso aberto e ilimitado aos seus utentes e lidando com todos os problemas de saúde, independentemente da idade, sexo, ou qualquer outra característica da pessoa em questão;
- b) utiliza eficientemente os recursos de saúde através da coordenação de cuidados, do trabalho com outros profissionais no contexto dos cuidados primários e da gestão da interface com outras especialidades, assumindo sempre que necessário um papel de advocacia pelo paciente;
- c) desenvolve uma abordagem centrada na pessoa, orientada para o indivíduo, a sua família e a sua comunidade;

- d) possui um processo de condução da Consulta singular, estabelecendo uma relação ao longo do tempo, através de uma comunicação efectiva entre o médico e o paciente;
- e) é responsável pela continuidade da prestação de cuidados longitudinais, conforme as necessidades do paciente;
- f) possui um processo próprio de tomada de decisões, o qual é determinado pela prevalência e pela incidência de doença na comunidade;
- g) gere simultaneamente problemas de saúde agudos e crónicos de pacientes individuais;
- h) gere afecções que se apresentam de forma indiferenciada, num estadio precoce da sua evolução, e que podem requerer uma intervenção urgente;
- i) promove a saúde e o bem-estar através de uma intervenção apropriada e efectiva;
- j) possui uma responsabilidade específica pela saúde da comunidade;
- k) lida com problemas de saúde em todas as suas dimensões física, psicológica, social, cultural e existencial.

2. A Especialidade de Medicina Geral e Familiar

Os médicos de família são especialistas formados nos princípios da Disciplina. São médicos personalizados, responsáveis principalmente pela prestação de cuidados abrangentes e continuados a todos os indivíduos que os procuram, independentemente da idade, sexo ou afecção. Prestam cuidados a indivíduos no contexto familiar, comunitário e cultural dos mesmos, respeitando sempre a sua autonomia. Reconhecem ter também uma responsabilidade profissional pela sua comunidade. Ao negociarem os planos de acção com os seus pacientes, integram factores físicos, psicológicos, sociais, culturais e existenciais, recorrendo ao conhecimento e à confiança resultantes dos contactos repetidos. Os médicos de família desempenham o seu papel profissional promovendo a saúde, prevenindo a doença e prestando cuidados curativos, de acompanhamento e paliativos. Fazem-no quer directamente, quer através dos serviços de outros, consoante as necessidades de saúde e os recursos disponíveis na comunidade que servem, auxiliando o paciente, sempre que necessário, no acesso a esses serviços. Devem ainda responsabilizar-se pelo desenvolvimento e manutenção das suas aptidões, valores e equilíbrio pessoais, como base para a prestação de cuidados efectivos e seguros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. The General Practitioner In Europe: A statement by the working party appointed by the European Conference on the Teaching of General Practice, Leeuwenhorst, Netherlands 1974
2. Framework for Professional and Administrative Development of General Practice / Family Medicine in Europe, WHO Europe, Copenhagen, 1998

3. Van Weel C. The Impact of Science on the Future of Medicine :RCGP Spring Meeting, 2001
4. Council Directive 93/16/EEC to facilitate the free movement of doctors and the mutual recognition of their diplomas, certificates and other evidence of formal qualifications; Official Journal of the European Community, **165**: 7/7/93
5. Proceedings UEMO Consensus Conference on Specific Training for General Practice. UEMO. Published by The Danish Medical Association. Copenhagen 1995
6. Report and Recommendations on the Review of Specific Training in General Medical Practice: Advisory Committee on Medical Training (to the European Commission), XV/E/8433/95-EN October 1995
7. Olesen F, Dickinson J, Hjortdahl P. General Practice-time for a new definition BMJ 2000; **320**,354-357
8. Gay Bernard, What are the basic principles to define general practice, Presentation to Inaugural Meeting of European Society of General Practice/Family Medicine, Strasbourg, 1995
9. The Role of the General Practitioner / Family Physician in Health Care Systems: a statement from WONCA, 1991
10. The Future General Practitioner – Learning and Teaching: London; RCGP, 1972
11. The Nature of General Medical Practice – Report from General Practice 27: London; RCGP 1996
12. McWhinney Ian R, Primary care core values: core values in a changing world, BMJ, 1998, 317 (7147), 1807-1809
13. Balint M. The Doctor, his Patient and the Illness: Pitman Medical; London, 1964
14. Pereira-Gray D, Forty-seven minutes a year for the patient, British Journal of General Practice 1998; 48 (437): 1816-1817
15. McWhinney Ian R The importance of being different. British Journal of General Practice, 1996, **46**, 433-436

6. REVISÃO E ANÁLISE ACADÉMICAS: AS COMPETÊNCIAS NUCLEARES

§1 Preâmbulo

1.1 A descrição das competências resultou de um processo hierarquizado. As tarefas profissionais do médico de família especialista derivam dos princípios da Disciplina de Medicina Geral e Familiar; daquelas tarefas emanam então as competências nucleares.

1.2 Definir as tarefas profissionais e as competências nucleares implica que haja também elementos não essenciais. Muito frequentemente estes últimos têm a ver com variações nos sistemas de saúde e na sociedade em que o médico de família se insere. A Europa possui uma grande variedade de sistemas de saúde e de situações de prestação de cuidados por médicos de família. Existem diferenças culturais (incluindo as religiosas) e políticas nas sociedades e populações que os médicos de família servem, o que explica as variações nas suas funções. A Medicina Geral e Familiar é a Disciplina clínica que, mais do que qualquer outra, está dependente das variações nas sociedades; o médico de família é o mediador entre a sociedade e a Medicina.

1.3 A competência pode ser definida como a capacidade de o médico de família executar com sucesso uma série de tarefas individuais observáveis no seu trabalho real.¹ Assim, a competência pode ser vista como a capacidade de cada indivíduo para actuar ao nível requerido por uma dada situação. Na pirâmide de Miller, os níveis "sabe" (factos básicos), "sabe como fazer" (capacidade de aplicar o conhecimento) e "mostra como fazer" (capacidade de demonstrar aptidões) estão relacionados com este conceito de competência.

A *performance* pode ser definida como aquilo que o médico faz ao prestar cuidados clínicos e ao comunicar com os pacientes na sua prática diária - tem a ver com o nível "faz" de Miller.¹ Está altamente dependente das condições e requisitos do sistema de saúde em vigor, bem como das oportunidades financeiras, estruturais, de prática clínica e de apoio.

Devido à sua aplicação alargada a nível europeu, o presente documento limita-se a abordar as competências nucleares do Médico de Família. As suas competências formam assim um modelo ou base estrutural teóricos. A realidade da prática clínica poderá certamente diferir das competências aqui referidas.

§2 Dos princípios básicos da Medicina Geral e Familiar (Clínica Geral / Medicina Familiar) às competências nucleares

As onze características da Disciplina relacionam-se com as onze capacidades que todo o médico de família especialista deverá dominar. Devido à sua inter-relação, agrupam-se em seis categorias independentes de competências nucleares. Cada agrupamento é descrito pelos seus aspectos principais.

1. A gestão de cuidados primários inclui a capacidade para:

- gerir o primeiro contacto com os pacientes, lidando com problemas não pré-seleccionados;
- cobrir toda a gama de problemas de saúde;
- coordenar os cuidados prestados por outros profissionais de cuidados primários e por outros especialistas;
- dominar uma prestação de cuidados e uma utilização dos serviços de saúde efectivas e apropriadas;
- disponibilizar para o paciente os serviços apropriados no seio do sistema de saúde;
- actuar como *advogado* dos interesses do paciente.

2. Os cuidados centrados na pessoa incluem a capacidade para:

- adoptar uma abordagem centrada na pessoa quando se lida com os pacientes e os seus problemas, no contexto das circunstâncias próprias dos primeiros;
- aplicar a Consulta de Medicina Geral e Familiar para gerar uma relação médico-paciente efectiva, no respeito pela autonomia do paciente;
- comunicar e estabelecer prioridades, actuando em parceria;
- proporcionar cuidados continuados, longitudinais, determinados pelas necessidades do paciente, com uma gestão contínua e coordenada dos cuidados prestados.

3. As aptidões específicas de resolução de problemas incluem a capacidade para:

- relacionar os processos específicos de tomada de decisões com a prevalência e incidência de doença na comunidade;
- colher e interpretar selectivamente informação a partir da história, do exame objectivo e dos exames complementares, aplicando-os a um plano de acção apropriado, em colaboração com o paciente;
- adoptar princípios de trabalho apropriados, como por exemplo, a investigação passo a passo, a utilização do tempo como ferramenta, a tolerância da incerteza;
- intervir de forma urgente sempre que necessário;
- gerir patologias que se podem apresentar de forma precoce e indiferenciada;
- utilizar de forma efectiva e eficiente as intervenções diagnósticas e terapêuticas.

4. Uma abordagem abrangente inclui a capacidade para:

- gerir simultaneamente múltiplas queixas e patologias, incluindo tanto os problemas agudos como os problemas crónicos do indivíduo;
- promover a saúde e o bem-estar através de estratégias adequadas de promoção da saúde e prevenção da doença;
- gerir e coordenar a promoção da saúde, a prevenção, os cuidados curativos, de acompanhamento, paliativos e de reabilitação.

5. A orientação comunitária inclui a capacidade para:

- conciliar as necessidades de saúde dos pacientes individuais com as necessidades de saúde da comunidade em que aqueles se inserem, numa situação de equilíbrio com os recursos disponíveis.

6. A modelação holística inclui a capacidade para:

- usar um modelo biopsicossocial, levando em conta as dimensões cultural e existencial.

§3 Três áreas de implementação

Para exercer a especialidade, o clínico competente implementará as competências acima referidas em três importantes áreas¹⁻³:

a. TAREFAS CLÍNICAS

- capacidade para gerir o amplo leque de queixas, problemas e doenças tal como se lhe apresentam;
- domínio da gestão e acompanhamento a longo prazo;
- equilíbrio efectivo entre a evidência científica e a experiência.

b. COMUNICAÇÃO COM OS PACIENTES

- capacidade para estruturar a Consulta;
- fornecimento de informação que seja facilmente compreensível, explicando procedimentos e achados;
- compreender e lidar adequadamente com diferentes estados emocionais.

c. GESTÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- proporcionar aos pacientes uma acessibilidade e uma disponibilidade apropriadas;
- organizar, apetrechar e gerir financeiramente a prática clínica de forma efectiva, em colaboração com a equipa de saúde;
- colaborar com o restante pessoal de cuidados primários e com outros especialistas.

§4 Aspectos de fundo da Disciplina

Há três aspectos essenciais para uma Disciplina científica centrada na pessoa: contexto, atitude e ciência.⁴⁻⁸

ASPECTOS DE CONTEXTO

- Utilização dos aspectos contextuais do paciente, da sua história, da sua situação e antecedentes sociais, para o diagnóstico, tomada de decisões e estabelecimento de um plano de gestão dos problemas;
- mostrar um interesse pessoal no paciente e no seu ambiente, estando consciente das possíveis consequências da doença nos outros membros da família e no ambiente mais alargado (incluindo o ambiente laboral) do paciente.

ASPECTOS DE ATITUDE

- Estar consciente das capacidades e valores próprios;
- identificar os aspectos éticos da prática clínica (prevenção/diagnóstico/terapêutica/factores que influenciam os estilos de vida);
- justificar e clarificar a ética pessoal;
- estar consciente da interacção recíproca entre trabalho e vida privada, esforçando-se por atingir um bom ponto de equilíbrio entre os dois.

ASPECTOS CIENTÍFICOS

- Estar familiarizado com os princípios gerais, os métodos e conceitos de investigação científica, bem como com noções fundamentais de Estatística (incidência, prevalência, valor preditivo, etc.)
- possuir um conhecimento exaustivo sobre os fundamentos científicos das patologias, dos seus sinais, sintomas, diagnóstico, terapêutica e prognóstico, bem como sobre

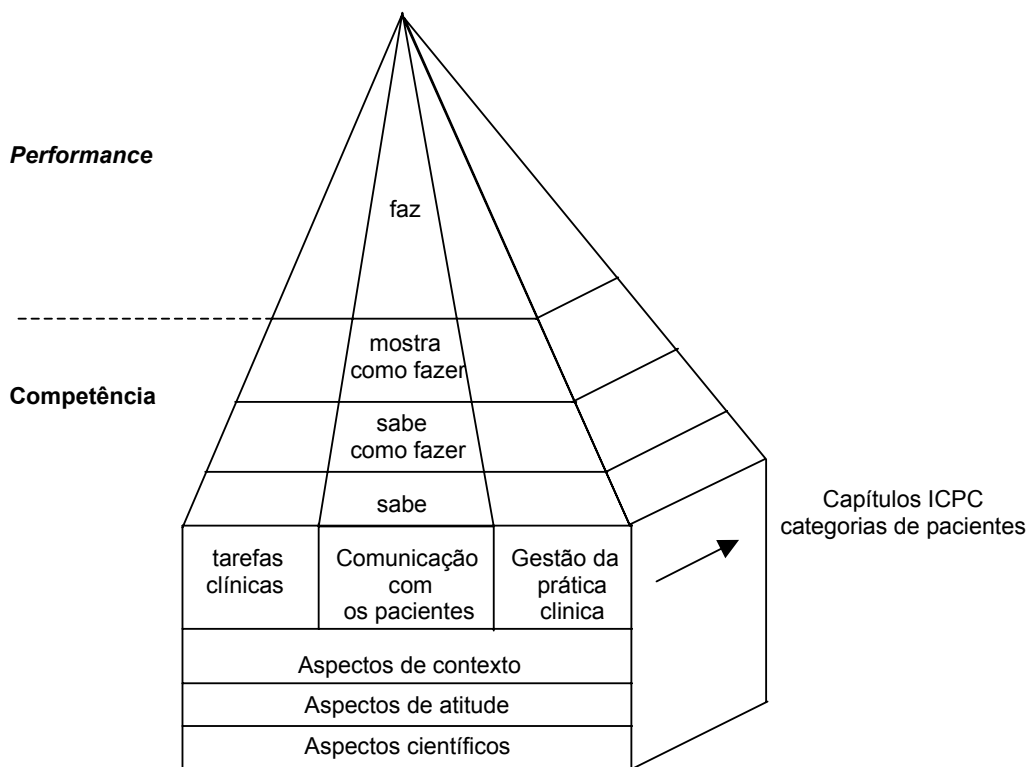
epidemiologia, teoria da decisão, teoria de formulação de hipóteses e de resolução de problemas, e ainda sobre cuidados de saúde preventivos;
 - ser capaz de aceder, ler e avaliar a literatura médica de forma crítica;
 - desenvolver e manter uma aprendizagem e uma melhoria de qualidade contínuas.

§5 A estrutura de competências inter-relacionadas - um esquema gráfico

A inter-relação entre as competências nucleares, as áreas de implementação e os aspectos fundamentais caracteriza a Disciplina e sublinha a complexidade da especialidade.

Têm sido utilizados vários modelos gráficos para visualização das inter-relações entre as competências nucleares: o triângulo de Miller, o cubo de Fabb e os fundamentos estruturais, processuais e de resultados de Donabedian. Estes tópicos foram aprofundados no trabalho de Ram *et al.*^{2,3}(Ver Figura 1).

Figura 1 : A estrutura de competências interrelacionadas



O domínio extenso dos cuidados do âmbito da Medicina Geral e Familiar foi ordenado em três áreas principais sobre um eixo: tarefas clínicas, comunicação com os pacientes e gestão da prática clínica (Ver §3).

Para se fazer uma lista das queixas e doenças dos pacientes, pode utilizar-se uma classificação que siga os Capítulos da Classificação Internacional de Cuidados Primários (ICPC)⁹. Estes aspectos e categorias de pacientes estão representados no segundo eixo.

Através do terceiro eixo, o modelo reflecte os actuais desenvolvimentos dos pontos de vista teóricos e da "perícia" médica, desde a competência ("sabe", "sabe como fazer", "mostra como fazer") à *performance*/realização ("faz"). O vértice da pirâmide, corresponde à *performance* clínica e comunicacional, bem como à gestão da prática clínica diária.

A estruturação de Donabedian encontra-se igualmente representada nesta pirâmide. A estrutura (organização e gestão da prática) e o processo (comunicação com os pacientes e *performance* clínica) estão incluídos no eixo horizontal. Os resultados de saúde dos pacientes (parâmetros relativos à doença e qualidade de vida em geral) podem ser vistos como o produto de uma interacção dinâmica entre os três eixos.

Dado tratar-se de uma Disciplina científica centrada na pessoa, três aspectos de competência especializada encontram-se posicionados na base da pirâmide: aspectos contexto, de atitude e científicos (ver §4). O profissional centrado na pessoa usa o contexto desta no seu processo de tomada de decisões. Embora a comunicação com os pacientes inclua a atitude, ao introduzir-se esta como um aspecto à parte incluem-se os aspectos profissionais comportamentais da Disciplina. Como a formação em Medicina Geral e Familiar constitui um desiderato académico com uma implícita abordagem baseada na evidência, todas as tarefas profissionais deverão estar imbuídas de um pendor científico.

A Figura acima mostra a complexa inter-relação entre as competências nucleares. É precisamente essa complexidade que deverá orientar e ver-se reflectida no agendamento de prioridades em termos de ensino, investigação e garantia de qualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ram P, van der Vleuten CPM, Rethans JJ, Grol R, Aretz K. Assessment of practicing family physicians in a multiple-station examination using standardised patients with observation of consultation in daily practice. *Acad Med* 1999;74:62-9.
2. Ram P. Comprehensive assessment of general practitioners. A study on validity, reliability and feasibility. Thesis 1998, Maastricht University.
3. Van den Hombergh P, Grol R, van den Hoogen HJM, van den Bosch WJHM. Assessment of management in general practices: validation of a practice visit method. *Br J Gen Pract* 1998;48:1743-50.
4. Heath I, Evans P, van Weel C. The specialist of the discipline of general practice. *Br Med J* 2000;320:326-7.
5. Van Weel C. Examination of context of medicine. *Lancet* 2001;357:733-4.
6. Stephenson A, Higgs R, Sugarman J. Teaching professional development in medical schools. *Lancet* 2001;357:867-70.

7. Metz JCM, Stoelinga GBA et al. Blueprint 1994: training of doctors in the Netherlands. Objectives of undergraduate medical education. Nijmegen University, 1994.
8. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Gray JA, Haynes RB. Evidence based medicine: how to practice and teach EBM. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1997.
9. Lamberts H, Wood M, eds. International Classification of Primary Care (ICPC). Oxford: Oxford University Press, 1987.

A WONCA EUROPA autoriza a cópia e livre circulação a nível mundial, para fins académicos e educacionais, da versão electrónica da DEFINIÇÃO EUROPEIA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR (CLÍNICA GERAL / MEDICINA FAMILIAR). Os direitos de autor deste texto são pertença da WONCA EUROPA, estando qualquer outra utilização do mesmo sujeita à aprovação da WONCA EUROPA. As cópias deste texto não poderão ser vendidas ou comercializadas.

7. APÊNDICES

APÊNDICE 1

Definição de Leeuwenhorst (1974)

" O Clínico Geral é um licenciado médico que presta cuidados primários, personalizados e continuados, a indivíduos, a famílias e a uma determinada população, independentemente da idade, sexo ou afecção. É a síntese destas funções que tem um carácter único. O Clínico Geral atende os seus pacientes no consultório, no domicílio e, por vezes, numa clínica ou hospital. O seu objectivo consiste em fazer diagnósticos precoces. Incluirá e integrará factores físicos, psicológicos e sociais nas suas considerações sobre saúde e doença, o que se expressará na forma como cuida dos seus pacientes. Tomará uma decisão inicial sobre cada problema que lhe seja apresentado enquanto médico. Assumirá a gestão contínua dos problemas dos seus doentes com afecções crónicas, recorrentes ou terminais. O contacto prolongado com o paciente implica que poderá utilizar repetidas oportunidades para colher informação ao ritmo apropriado para cada paciente, construindo uma relação de confiança que poderá ser usada profissionalmente. Actuará em colaboração com outros colegas médicos e não-médicos. Saberá como e quando intervir através do tratamento, da prevenção e da educação, para promover a saúde dos seus pacientes e respectivas famílias. Reconhecerá que também tem uma responsabilidade profissional para com a comunidade."

Definição WONCA (1991)

"O Clínico Geral / Médico de Família é o médico principalmente responsável pela prestação de cuidados abrangentes a todos os indivíduos que procuram cuidados médicos, bem como por providenciar a prestação de serviços de outros profissionais de saúde, sempre que necessário. O Clínico Geral / Médico de Família funciona como um generalista que aceita todas as pessoas que o procuram, enquanto outros prestadores de cuidados de saúde limitam o acesso aos seus serviços com base na idade, sexo ou diagnóstico. O Clínico Geral / Médico de Família cuida do indivíduo no contexto da sua família e cuida da família no contexto comunitário, independentemente da raça, religião, cultura ou classe social. É clinicamente competente para prestar a maior parte dos seus cuidados levando em consideração o pano de fundo cultural, sócio-económico e psicológico. Além disso, assume uma responsabilidade pessoal pela prestação de cuidados abrangentes e continuados aos seus pacientes. O Clínico Geral / Médico de Família desempenha o seu papel profissional, quer prestando cuidados directos, quer através dos serviços de outros, consoante as necessidades de saúde dos pacientes e os recursos disponíveis no seio da comunidade servida."

Definição de Olesen (2000)

"O Médico de Família* é um especialista formado para trabalhar na linha da frente do sistema de saúde e para dar os passos iniciais na prestação de cuidados para qualquer

problema(s) de saúde que os pacientes possam apresentar. O Médico de Família* cuida de indivíduos no seio da sua sociedade, independentemente do tipo de doença ou de outras características pessoais ou sociais, organizando os recursos disponíveis no sistema de saúde em benefício dos pacientes. O Médico de Família* interage com indivíduos autónomos nos campos da prevenção, diagnóstico, cura, acompanhamento e palição, usando e integrando as ciências da Biomedicina e da Psicologia e Sociologia Médicas."

*N. do T.: "General practitioner" (*Clínico Geral*) no original em inglês.

APÊNDICE 2

Processo de Preparação e Consulta a Peritos

O presente documento foi inicialmente preparado pelo grupo de trabalho do Conselho da Academia Europeia de Docentes de Clínica Geral (EURACT) e subsequentemente modificado durante as reuniões da WONCA Europa que tiveram lugar em Barcelona (Espanha), em Outubro de 2001, e em Noordwijk, em Março de 2002. Destina-se a ser um primeiro passo na prossecução de um consenso europeu.

A partir das presentes definições podem extrair-se as competências nucleares e agendar as prioridades em termos de investigação, garantia de qualidade e ensino, de forma a ir de encontro às necessidades da Medicina Geral e Familiar do Século XXI.

O trabalho no seio do Conselho da EURACT foi inicialmente desencadeado pela publicação por Olesen *et al.* da sua proposta de definição revista do papel do Médico de Família, na qual se defendia uma nova definição baseada no "conteúdo ideal da especialidade", sugerindo-se que o mesmo seja universal e não específico de cada país, constituindo uma estrutura de base para o ensino e formação. Embora as intenções desta proposta fossem positivas, considerou-se que a correspondente definição não satisfazia os seus próprios requisitos.

Colocaram-se à consideração do Conselho da EURACT as seguintes questões:

O que é um Médico de Família / Clínico Geral? O que faz ele(a) e o que deveria fazer? Deveremos definir a Disciplina através da definição das tarefas do Médico de Família, dos princípios básicos ou de ambos?

Há muitos médicos que trabalham no âmbito da Disciplina em maior ou menor grau (consoante o sistema de saúde); deverão ser considerados Clínicos Gerais / Médicos de Família? Existe alguma diferença entre um Clínico Geral e um Especialista em Medicina Geral e Familiar?

O processo utilizado consistiu em debater estas questões durante um certo tempo, explorando algumas das principais publicações internacionais da área, em vez de se proceder a uma exploração de toda a extensa literatura sobre o assunto. Foi realizado um processo de mapeamento, procurando similitudes entre as diferentes abordagens previamente descritas, explorando-se então as razões para as diferenças encontradas. Depois, através de um processo iterativo, produziram-se versões iniciais deste documento, as quais foram discutidas mais alargadamente. Fez-se uma consulta limitada sobre uma das versões do documento num *workshop* internacional em Tampere, em Maio de 2001, com a participação de mais de 90 médicos de família de toda a Europa.

A WONCA Europa, em conjunção com a EURACT, o SEMFYC, a OMS Barcelona, o EGPRW, o EquiP e o EUROPREV, organizou uma conferência de consenso para a qual foram convidados organismos chave. Esta conferência teve lugar em Outubro de 2001, tendo-se chegado a uma versão consensual de Declaração, a qual se concordou ser posta a consulta de forma mais alargada, o que foi efectuado pela WONCA Europa. Esta enviou o documento para ser comentado por todos os Colégios europeus e associações nacionais, bem como por outras organizações envolvidas na Medicina

Geral e Familiar da Europa. As respostas foram recolhidas e apresentadas numa reunião daqueles organismos em Noordwijk, em Março de 2002, na sequência da qual este documento foi concluído.

APÊNDICE 3

Agradecimentos

A WONCA EUROPA está grata a todos os organismos e indivíduos que contribuíram com comentários escritos ou que tomaram parte nos processos de consultoria que levaram ao desenvolvimento do presente documento:

Sociedade Austríaca de Clínica Geral / Medicina Familiar
Colégio de Médicos de Família do Canadá
Colégio Nacional de Docentes Generalistas, França
Colégio Dinamarquês de Clínica Geral
Colégio Neerlandês de Clínica Geral
Academia Europeia de Docentes de Clínica Geral
Workshop Europeu de Investigação em Clínica Geral
Rede Europeia de Prevenção e Promoção da Saúde em Medicina Familiar e Clínica Geral
União Europeia de Clínicos Gerais
Grupo de Trabalho Europeu sobre Garantia de Qualidade
Colégio Islandês de Medicina Familiar
Colégio Maltês de Medicina Familiar
Colégio Norueguês de Clínica Geral
Real Colégio Britânico de Clínica Geral, Reino Unido
Sociedade Eslovaca de Clínica Geral / Medicina Familiar
Sociedade Espanhola de Medicina Familiar e Comunitária
Associação Sueca de Clínica Geral
Sociedade Suíça de Medicina Geral
OMS Barcelona
Organização Mundial de Médicos de Família
Dr. M. Boland
Dr. G. Buckley
Dr. J. Horder
Prof. C. Lionis

APÊNDICE 4

WONCA EUROPA - PAÍSES MEMBROS

ALEMANHA
ANDORRA
ÁUSTRIA
BÉLGICA
CHIPRE
CROÁCIA
DINAMARCA
ESLOVÉNIA
ESPANHA
ESTÓNIA
FINLÂNDIA
FRANÇA
GRÉCIA
IRLANDA
ISLÂNDIA
ISRAEL
ITÁLIA
LITUÂNIA
MALTA
NORUEGA
PAÍSES BAIXOS
POLÓNIA
PORTUGAL
REINO UNIDO
REPÚBLICA CHECA
REPÚBLICA ESLOVACA
ROMÉLIA
SUÉCIA
SUÍÇA
UCRÂNIA

Definições de Termos em Língua Inglesa

Existe muita confusão com a linguagem utilizada acerca da Medicina Geral e Familiar e respectiva interpretação. Para que não haja quaisquer problemas de interpretação ou de compreensão dos presentes documentos para discussão em língua inglesa, definiram-se os termos seguintes:

General practitioner} Family doctor }	Sinónimos usados para descrever os médicos que fizeram formação pós-graduada em Clínica Geral, pelo menos até ao nível definido na alínea 4 da Directiva Europeia sobre os Médicos.
Primary care physician	Médico de qualquer Disciplina que trabalha num contexto de cuidados de saúde primários.
Secondary care physician	Médico que fez um período de formação pós-graduada numa Disciplina baseada num sistema de órgãos ou patologias e que trabalha predominantemente nessa Disciplina num contexto hospitalar.
Specialist	Médico de qualquer Disciplina que fez um período de formação pós-graduada.
Primary care	Contexto no seio de um sistema de saúde, geralmente na comunidade do próprio paciente, em que ocorre o primeiro contacto com um profissional de saúde (traumatismos <i>major</i> excluídos).