



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO GRAU DE MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

JORGE ANDRÉ CARDOSO AIRES

***EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE - QUAL O PAPEL DO
MÉDICO DE FAMÍLIA?***

RELATÓRIO

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:

PROF. DOUTOR JOSÉ MANUEL SILVA

PROF. DOUTOR HERNÂNI POMBAS CANIÇO

MARÇO 2015

Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE – QUAL O PAPEL DO MÉDICO DE FAMÍLIA?

JORGE ANDRÉ CARDOSO AIRES*

*Correspondência: jorgeacc4@gmail.com

ÍNDICE

Resumo	04
Abstract	04
Introdução	05
Descrição Crítica.....	06
Conclusões Principais.....	17
Agradecimentos	19
Lista de Acrónimos	20
Referências Bibliográficas	21

RESUMO

Neste trabalho, o autor procura dar a conhecer o modo como percebeu a função do Médico de Família na Educação para a Saúde ao longo do Estágio Programado e Orientado em Medicina Geral e Familiar (6º ano profissionalizante do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra), bem como da prática adquirida ao longo das demais Unidades Curriculares. São analisadas as lacunas do modelo actual, à luz da experiência como formando e dirigente associativo, sendo propostas algumas estratégias alternativas que permitam identificar e colmatar as falhas encontradas numa área chave da Saúde. Conclui-se que há défices significativos na comunicação sobre EpS, reflectindo dificuldades inerentes aos interlocutores ou ao conteúdo das mensagens.

ABSTRACT

With this assignment, the author intends to show how he understood the role of the Family Doctor in Education for Health during the Internship in General Practice (final year of the MSc in Medicine, Faculty of Medicine, University of Coimbra, Portugal) and the preparation attained in other curricular units throughout. The current model's failures are analyzed in the light of experience as a student and academic lead, and some alternative strategies to identify and address flaws found in such a key area of Health are proposed. It is concluded that there are significant deficits in communication on Education for Health, reflecting difficulties inherent either to the parties involved or the content of messages provided.

PALAVRAS-CHAVE: Education for Health, Health Promotion, Physician-patient relationship, Family Physician

INTRODUÇÃO

Educação para a Saúde resulta da transmissão para a população de conceitos, conhecimento, recomendações e exemplos relacionados com a promoção de saúde e prevenção de doença, bem como os seus efeitos. [1,2] Segundo o autor, eis a vertente mais custo-efectiva de preservar a homeostasia das pessoas em que os médicos se devem empenhar nas sociedades actuais, assim como nas suas associações científicas e profissionais.

Esta é, no entanto, uma tarefa complexa, pela dificuldade em conseguir obter feedback dos pacientes quando o objectivo final pretendido é um “não-resultado”. Qualquer pessoa tende a cumprir uma prescrição formal de um analgésico no sentido de debelar um desconforto tangível. Por outro lado, conseguir cativá-la para modificar o seu estilo de vida no intuito de prevenir algo cuja causalidade é na generalidade dos casos relativa, pode revelar-se o maior desafio da actividade clínica.

As principais causas de mortalidade nos denominados países desenvolvidos encontram substrato fisiopatológico preponderante nos estilos de vida [3] – sejam doenças cardiovasculares, neoplasias diversas ou doenças respiratórias.

Nesse contexto, o autor considera relevante uma reflexão crítica sobre o modo como a Educação para a Saúde é praticada pelos vários clínicos, de particular interesse no caso do Médico de Família, principal assistente do paciente, com quem estabelece relação de proximidade estreita, conhecedor dos seus hábitos e motivações.

Assim, apesar de outras fontes relevantes dignas de menção ao longo do percurso formativo no MIM, da experiência colhida durante a frequência do EPO em MGF resulta o volume mais significativo de episódios em que o papel do médico como educador para a saúde se reveste de importância.

As funções desempenhadas pelo autor na qualidade de Dirigente Associativo (Presidente de Comissão de Curso durante os anos de formação clínica do MIM) permitiram-lhe ainda adquirir uma noção peculiar sobre o modo como esta vertente está integrada no plano curricular do MIM.

Espera o autor que uma exposição deste cariz consiga trazer à discussão alguns dos obstáculos experienciados pelos interlocutores na aquisição das devidas competências de zelo pelo bem-estar pessoal.

DESCRIÇÃO CRÍTICA

O autor frequentou actividades de orientação tutorial em MGF no período compreendido entre 5 de janeiro e 27 de fevereiro de 2015, tendo colaborado nos diversos procedimentos clínicos desempenhados por dois Médicos de Família – consultas programadas de seguimento, consultas de eventos agudos, saúde infantil, saúde materna, planeamento familiar – além da passagem pelas demais UCs ao longo do programa lectivo do MIM.

A concepção de Médico como Educador é tradicionalmente encarada na perspectiva da partilha de conhecimento entre pares. Esta é sobejamente explorada ao longo do programa curricular do MIM da FMUC, alicerçando o modelo de ensino vigente. Existe, porém, outra faceta deste conceito a que importa atender – a formação da sociedade civil sobre temas conducentes à melhoria da qualidade de vida populacional.

Deve salientar-se de princípio que a EpS conceptualiza abordagens terapêuticas e profiláticas (educação primária, secundária, terciária [4]), pelo que assenta indelevelmente na adesão do paciente. Merece nota a destrição imediata entre as noções de cumprimento (“compliance”) e adesão (“adherence”) [5], a primeira radicando na observação das recomendações clínicas de modo passivo, sem uma verdadeira integração dos fundamentos que motivam esse aconselhamento, lembrando tempos idos em que a relação médico-paciente era centrada na figura do clínico, que paternalmente impunha ao paciente o que deveria observar, sem que a sua opinião fosse considerada neste processo. Adesão, por outro lado, pressupõe o envolvimento activo do paciente na relação, bem como na interpretação evidente do objectivo das atitudes levadas a cabo pelo médico, reflectindo uma introspecção acerca do valor das propostas no resultado sobre o bem-estar pessoal. Deste modo, é naturalmente expectável que um paciente com boa adesão às recomendações seja mais cumpridor, na medida em que assimilou o motivo último pelo qual lhe são solicitadas alterações de estilo de vida, ou conselhos afins. Pelo contrário, um paciente pode ser cumpridor das medidas instituídas em primeira instância, contudo, após um período de tempo limitado, mais facilmente acabará por sucumbir aos hábitos anteriores, uma vez que ignora o princípio que norteou o aconselhamento.

Para que se possa potenciar a adesão dos pacientes, é fundamental que exista uma boa relação médico-paciente, assente em empatia, elemento emocional, e comunicação, elemento intelectual. [6]

A empatia é algo que o médico deve procurar manter em todas as circunstâncias, embora nem sempre se consiga no contexto da consulta de MGF, tendo em conta que a interacção ocorre com pessoas de várias origens, sejam crianças, jovens, adultos e idosos, saudáveis, com doença aguda ou crónica – em diversas situações o autor pôde atestar pessoalmente a necessidade de um esforço significativo para conseguir colocar-se na perspectiva do

paciente, atendendo ao tipo de personalidade em questão, causando inevitavelmente dificuldades na relação. Este é um obstáculo que pode tornar-se intransponível em determinados contextos e para o qual as soluções são escassas.

Por outro lado, a comunicação, que se deseja bidirecional e implica uma tríade funcional, pode ver-se prejudicada em qualquer um dos caracteres que a sustentam – a nível do Emissor, da Mensagem ou do Receptor.

Da experiência do autor sobressai uma clara primazia nas dificuldades relativas ao Receptor sobre os demais componentes. Este achado é consonante com o facto de a Literacia em Saúde – o grau de capacidade individual em obter, processar e interpretar informação básica em saúde e em serviços de saúde [7] – em Portugal ser precária, com uma clara maioria dos cidadãos a demonstrar conhecimento problemático ou inadequado, tendência que tende a acentuar-se em faixas etárias mais avançadas. [8]

Importa ressaltar, contudo, que, de acordo com a interpretação do autor, a massificação das fontes de conhecimento relacionadas com saúde a que os cidadãos têm acesso regularmente, seja pelos meios de comunicação social clássicos – programação televisiva, radiofónica e imprensa escrita – bem como os tecnologicamente mais evoluídos – sítios *online* dedicados a temas médicos, redes sociais e publicações avulsas de tópicos com grande repercussão no modo como as pessoas encaram a sua saúde – conquanto potencialmente benéfica a este propósito, merece um olhar crítico quanto à sua validade. [9]

Acerca da informação prestada por diversas origens de acesso indiscriminado, entende o autor que, apesar de poderem ter um contributo louvável para a Literacia em Saúde, na verdade devem ser encaradas com reserva, uma vez que sobejam exemplos de

interpretações abusivas de resultados de estudos, transmissão de conceitos sem base científica credível e até informação que pode classificar-se como charlatanismo puro. [10]

Muitos pacientes também chegam ao contacto com o seu médico assistente munidos de argumentos veiculados por terceiros com base em experiências pessoais ou de outrem, tentando encontrar pontes de contacto entre semiologia apresentada, intervenções terapêuticas (médicas, ou não) levadas a cabo e eventuais resultados favoráveis numa primeira instância.

Apesar de esforços reiterados, é por vezes impossível dirimir algumas crenças e dogmas trazidos pelos pacientes e que colidem com a abordagem clínica indicada à situação – exemplo evidente a patologia osteoarticular degenerativa instalada (osteoartrose) e a realização de actividade física: é quase esmagadora a noção errónea de haver prejuízo pela realização de mobilização articular em carga (de baixa intensidade, bem entendido) pelos doentes, quando, na verdade, daí resultará frequentemente um claro benefício pluridimensional. [11]

A respeito da Mensagem, convém estabelecer que também pode apresentar défices relevantes quanto à forma, estrutura e adequação temporal, sendo todavia, de acordo com a experiência do autor, a ininteligibilidade do seu conteúdo que mais compromete a sua recepção e devida interpretação.

Na verdade, enquanto algumas instruções são claras e evidentes para a generalidade da população – “deve perder peso”, “é importante que controle o consumo de sal”, “tente reduzir a ingestão alcoólica a um copo de vinho por dia” – o facto de se procurar cativar o paciente, tentando que esteja capacitado para ajustar a sua conduta em função do que espera ser o seu bem-estar, conseguindo boa adesão aos conselhos, implica que se lhe transmita informação relativa à fisiopatologia de algumas doenças. Para tanto, é

necessário servir-se dos conceitos teóricos que a comunidade médica está formatada para utilizar entre pares, mas que se mostram manifestamente desajustados na comunicação com leigos.

Daqui decorre um embaraço evidente, no que ao teor da Mensagem diz respeito, pela frequência com que é utilizado jargão médico na interlocução com o paciente – o que prejudica seriamente a sua interpretação. Este é um dos aspectos que merece particular atenção, devendo ser enfatizada a necessidade de motivar desde os primórdios da actividade clínica para a necessidade de conseguir veicular as noções mais relevantes sobre fisiopatologia em termos entendíveis por pessoas sem conhecimentos nesta área.

Se esta consideração se reveste de grande interesse na interacção com pessoas idosas sem formação académica, o autor constata, contudo, ser arriscado assumir que um grau universitário em área de ciências seja garante de habilitação conveniente à descodificação da mensagem, devendo manter-se presente a necessidade de observar algumas precauções quanto à utilização de terminologia médica.

No que concerne ao papel do médico como emissor, apesar de se tratar de um tema controverso, o autor é de parecer que, para que a comunicação seja plenamente aproveitada, o paciente deve sentir que a informação transmitida não se resume a um aconselhamento genérico, ao cumprimento de uma formalidade. Além de um conselho profissional válido, os pacientes que se apresentam em consulta também esperam encontrar no médico um *role-model*, havendo alguns estudos que demonstram ser mais difícil para médicos dar aconselhamento credível se os mesmos não seguirem essas recomendações. Índices de confiança de pacientes que receberam conselhos dietéticos de médicos obesos são claramente abaixo daqueles obtidos pelos que foram aconselhados por médicos sem excesso de peso. [12]

Relativamente às responsabilidades profissionais, há particularidades dentro de algumas especialidades médicas cuja abordagem ao paciente ocorre a um nível técnico, seja molecular/farmacológico ou até cirúrgico, casos em que o resultado final depende sobretudo da destreza instrumental. Todavia, atendendo ao âmbito de actividades do MF, sendo o provimento de aconselhamento preventivo uma vertente central nesse contexto, a forma como o paciente analisa as convicções pessoais e atitudes deste à luz das recomendações que lhe faz pode ser significativa, a ponto de sentir um incentivo adicional de vinculação às indicações prestadas.

Encorajar aqueles médicos, bem como outros profissionais de saúde da equipa, que possam ter estilos de vida menos recomendáveis e que se reflitam objectivamente na sua aparência, ou no modo como são percebidos pelos pacientes, a envolver-se em programas de melhoramento da condição física e controlo de outros factores de risco poderá traduzir-se em maior adesão dos pacientes, ao enviar uma clara mensagem de que estes conceitos são adequados e todos lhes reconhecem validade, empenhando-se em segui-los. [13]

Uma interrogação que perpassa é saber se será exequível levar a cabo iniciativas de EpS interpares, inclusive dentro das próprias instituições prestadores de serviços em saúde, para todos os colaboradores. Trata-se de uma franja significativa da sociedade a quem poderia ser mais fácil transmitir conhecimento a este respeito, para que, interiorizando-o, pudessem também difundir a mensagem junto dos seus contactos próximos.

Naturalmente, apesar de aparentar tratar-se de uma expectativa racional, é inadequado conceber que as recomendações transmitidas aos pacientes sejam sistematicamente seguidas pelos médicos, uma vez que não são imunes às mesmas condicionantes a que aqueles são sujeitos.

A este respeito será razoável ponderar se as convicções pessoais resultantes da abordagem do médico em face de uma alteração pessoal de estilo de vida e do resultado obtido previamente poderão vir a acarretar dificuldades de compreensão ou até intolerância face a eventuais falhas na obtenção de êxito pelos seus pacientes, ou se, por outro lado, o estimularão a incentivá-los adicionalmente.

A transição epidemiológica que teve lugar em Portugal (um pouco mais demorada do que noutros países desenvolvidos) durante as últimas décadas, levou a uma mudança substancial no panorama das principais causas de morbilidade e mortalidade, pelo que se passou de doenças que não podiam ser prevenidas de outro modo além da melhoria de condições sanitárias, da evicção de contacto e terapêutica antimicrobiana para patologias que respeitam maioritariamente a estilos de vida pessoais e que tendem a ser arrastadas e silenciosas. A alteração para este padrão de doenças crónicas não transmissíveis justifica-se pelo incremento das condições financeiras globais. [3]

Os cidadãos nascidos e criados numa época em que as dificuldades económicas eram de grande monta (meados séc. XX), e a privação alimentar, aliada à necessidade imperiosa de desempenhar tarefas fisicamente exigentes, uma realidade frequente, têm hoje em dia relutância em aceitar que abundância nutricional e tecnologia poupadora de esforço não devam ser aproveitadas exaustivamente. O conceito de outrora que atribuía a uma compleição física anafada o sinónimo de saúde e bem-estar ainda se encontra arreigado numa porção considerável de pessoas. É curioso que a sua descendência se depare com problemas de saúde do ponto de vista diametralmente oposto.

Estando numa fase em que se pedem mudanças no paradigma da posição do paciente relativamente à sua saúde, havendo uma tendência crescente para a responsabilização de cada um sobre o próprio bem-estar, com a perspectiva de autocuidados (*self-care*) como

pilar central, é fundamental capacitar as pessoas para que se encarem como principais zeladores da própria saúde e daqueles que os rodeiam.

Como em quase todas as áreas do conhecimento, a ocasião mais propícia à assimilação de conceitos é naturalmente a infância/adolescência, pelo que se trata do período ideal à transmissão de noções sobre promoção de saúde.

Na ausência de programas curriculares que contemplem formação adequada nesta área, por oposição a outros países em que a instrução obrigatória incorpora EpS com bons resultados [14], cabe a pais e educadores a função de assegurar essa vertente educativa. Como, infelizmente, muitas vezes a sua cultura a esse respeito é escassa, compete ao MF preencher esta lacuna. Em todas as oportunidades de contacto directo com crianças e adolescentes devem fomentar-se hábitos saudáveis de vida, tentando dissuadir os consumos e atitudes potencialmente nocivos.

Além disso, o autor é de opinião que estas recomendações devam ainda ser transmitidas sistematicamente aos cuidadores directos ou esporádicos (avós e outros familiares, ou amigos), no sentido de minimizar a prática comum de cumprir todos os desejos das crianças, como facultar alimentos muito apelativos, mas nocivos pelo elevado teor calórico e pouco valor nutricional (doces e snacks, por exemplo), permitir o acesso desregrado a sistemas de entretenimento que toldam a imaginação e potenciam o sedentarismo, ou autorização de permanência acordados até horas impróprias.

Os hábitos alimentares ocupam uma posição de destaque na etiologia de diversas doenças crónicas, sendo um alvo ideal para a sua prevenção.[15] Apesar de muitos médicos tecerem comentários a respeito da dieta dos pacientes, nem sempre se dominam adequadamente alguns conceitos. Do ponto de vista do autor, a recomendação clássica de

excluir pão, batata, arroz e massa quando se pretende uma redução ponderal é o exemplo derradeiro.

Dever-se-ia meditar, antes de mais, no seguinte: por princípio não existem bons e maus alimentos, antes boas ou más dietas. É que, se algumas pessoas tendem a menosprezar os conselhos sobre os efeitos da prevenção através do estilo de vida em muitas doenças, confiando sobretudo na vertente farmacológica/cirúrgica curativa e que raramente observam essas recomendações, outros há que, cumprindo escrupulosamente, atingem por vezes extremismos potencialmente perniciosos. Deve enfatizar-se que, independentemente dos objectivos a alcançar, o propósito será sempre preservar a necessária harmonia entre o que é saudável e o que é agradável.

Os tradicionais conselhos higieno-dietéticos são naturalmente importantes na medida em que permitam abordar de modo preventivo as condições que concorrem para um acréscimo de morbi-mortalidade na população. Factores de risco bem identificados devem ser combatidos, tentando diminuir a probabilidade de surgirem manifestações de doenças.

Do ponto de vista do autor, contudo, é essencial manter presente que o conceito de saúde não pode ser tido como absoluto. Saúde não se resume a ausência de doença. Não é um fim em si mesmo. Deve atender-se à perspectiva holística do paciente, à luz do modelo biopsicossocial. Haverá situações em que a colaboração dos pacientes no cumprimento de medidas de promoção de saúde se faz à custa de um esforço tremendo, que poderá implicar até algum sofrimento. Importa compreender que a relação entre bem-estar e felicidade é tão ou mais estreita do que entre bem-estar e saúde. Se a tentativa de suprimir os factores de risco para determinadas patologias for demasiado exigente, pode cair-se no paradoxo de diminuir a morbidade física à custa de prejuízo na homeostasia psíquica.

Nos casos cada vez mais frequentes em que a Prevenção Primordial viu ultrapassada a sua utilidade havendo já manifestações de doença, a EpS mantém actualidade inegável. Perceber de que forma os pacientes podem relativizar a sua patologia crónica, não fazendo dela o foco central da sua existência, mas atribuindo-lhe a relevância que merece, é um papel que cabe sobretudo ao MF, que se prevê estar melhor inteirado da situação pessoal do paciente, em função da sua proximidade e frequência de contacto, por oposição ao clínico hospitalar que, habitualmente, apenas reconhece no doente a sua queixa principal, fazendo um seguimento bastante distanciado.

O MF dispõe de uma grande mais-valia na possibilidade de difundir mensagens cujo impacto abarca um agregado familiar, podendo tentar formar alianças com alguns dos membros no sentido de motivarem outros elementos a aderir a determinados conselhos, criando condições ambientais favoráveis.

Aspectos centrais na promoção de saúde, os aconselhamentos sobre dieta e actividade física praticados pela maioria dos médicos parecem assentar em conhecimento genérico, algumas vezes baseado em experiências pessoais, mas sem um substrato científico sólido.

Esta realidade encontra justificação na ausência de formação dirigida a estes temas ao longo da frequência dos MIM, sendo atribuída uma nítida primazia à componente curativa da medicina, talhada em função da existência de medicamentos. Convém não esquecer que, em diversas circunstâncias, uma explicação fisiopatológica concisa e compreensível dada em alguns minutos poderá alcançar um melhor resultado do que uma mão cheia de comprimidos.

Embora a opinião pública tenda a considerar a abordagem médica preventiva um enorme aborrecimento, com os diversos “sacrifícios” pedidos a cada um – moderação nos hábitos alimentares e incentivos à prática de actividade física, entre outros –, atendendo à

incerteza inerente à manifestação de uma doença mesmo na presença de vários factores de risco, é globalmente aceite em várias circunstâncias que “prevenir é melhor do que remediar”. Seria descabido pensar a Saúde como alheia a este princípio, esperando que uma medicina reactiva, pronta a intervir quando a doença se instalou e já se manifesta sob a forma de sinais e sintomas seja o modelo ideal de acção.

Apesar de se conceber a lógica que sustenta este raciocínio, na prática assiste-se a um claro favorecimento no investimento que é feito noutros campos da medicina em detrimento de uma aposta que o autor prevê mais frutífera em prevenção. Como exemplo, gastar-se-ão recursos imensos em projectos de investigação para alvos terapêuticos que permitam reduzir efeitos secundários medicamentosos, bem como técnicas cirúrgicas minimamente invasivas para potenciar o rendimento das equipas disponíveis, quando muitas das condições em que esses serviços são solicitados – sejam eventos intrínsecos ao paciente, ou resultado directo de agressão extrínseca – poderiam ser evitadas caso os cidadãos estivessem devidamente educados para os efeitos nocivos de certos comportamentos.

Naturalmente que a integração destas mensagens no contexto da relação com os pacientes envolve dispêndio de tempo para o efeito. Nos dias de hoje, essa é uma dimensão sistematicamente mais escassa, tanto pelo aumento de carga laboral imposto, como dadas as tentativas de decretar aos MF um limite na duração de cada consulta, o que implicará evidente compromisso da oportunidade de promover EpS. [16,17] Trata-se da clara subversão de um princípio fundamental da medicina (relação médico-paciente) que deverá ser combatida energeticamente, impedindo que se mantenha a tendência galopante de mecanização da actividade médica.

CONCLUSÕES PRINCIPAIS

EpS não implica impedir ou proibir, antes prever, informar, criar hábitos, despistar. Requer ainda a veiculação de noções básicas das doenças, causas, prevenção específica, história natural e seus sintomas mais frequentes.

Segundo a reflexão crítica do autor, muito tem sido conseguido, embora ainda haja bastante por fazer no domínio da EpS para dinamizar o espectro de intervenções levadas a cabo pelo MF na sua interacção com o paciente e aproveitar a oportunidade que a relação estabelecida lhe confere para intervir positivamente nesta questão.

Isto começa pela necessidade de uma maior consciencialização dos médicos para esta evidência.

Envolver clínicos de todas as especialidades, não apenas extra-hospitalares, é algo que se impõe se o objectivo for a transmissão de mensagens com consequente reforço positivo.

Obviamente, como no que respeita a este caso particular, a abordagem num momento mais adequado da formação pessoal reveste-se de vantagens inegáveis – esta noção pode extrapolar-se para a educação médica: do mesmo modo que os conceitos de autocuidado são melhor incorporados precocemente, também a chamada de atenção para a relevância do assunto deve fazer-se numa etapa do ensino pré-graduado tão antecipada quanto possível, enfatizando sucessivamente o papel que o próprio paciente tem na manutenção da saúde e ajudando a desmontar a mentalidade determinista instalada.

O autor julga pertinente a revisão da oferta curricular actual no sentido de discriminar positivamente as áreas de EpS, promoção de saúde e prevenção de doença, pelo manifesto valor acrescentado que presentemente se lhes reconhece.

Assim como em todos os outros planos na actividade clínica, a promoção de saúde deverá ser individualizada, compreensível e reprodutível – é pouco adequado transmitir sistematicamente noções genéricas, lugares-comuns rapidamente identificados pelos pacientes e que pouca ressonância obtêm junto destes.

Cabe a cada profissional predispor-se a integrar estes conceitos na sua prática clínica quotidiana, fazendo aconselhamento oportunístico, bem como nas demais iniciativas que desenvolva e que possam conduzir a ganhos na qualidade de vida dos seus pacientes.

A função primordial do médico é zelar pela saúde dos seus pacientes. Haverá melhor meio do que educá-los para que sejam responsáveis nas escolhas que fazem de modo a assumirem controlo sobre os factores determinantes da sua saúde no sentido de a melhorar?

AGRADECIMENTOS

A meus pais, pelo apoio permanente e inabalável.

Aos Srs. Professor Doutor José Manuel Silva e Professor Doutor Hernâni Caniço agradeço a disponibilidade, o saber transmitido e a orientação dada na realização deste Trabalho Final.

Às Sras. Dr.^a Maria Alice Pinto e Dr.^a Maria Celeste Vieira agradeço todo o apoio dado para a elaboração deste trabalho, em termos de transmissão de conhecimentos, tal como ajuda no planeamento, organização e construção do Relatório.

À restante família, amigos e colegas agradeço o suporte dado ao longo de todo o percurso académico, com particular realce a todos aqueles que directa ou indirectamente me assistiram na realização deste Trabalho Final.

LISTA DE ACRÓNIMOS

EPO – Estágio Programado e Orientado

EpS – Educação para a Saúde

FMUC – Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

MF – Médico de Família

MGF – Medicina Geral e Familiar

MIM – Mestrado Integrado em Medicina

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization, List of Basic Terms. Health Promotion Glossary. (pp. 4), 1998
2. Silva MM, Educação para a Saúde em Urologia, Patient Care 206 (19):39-59, 2014
3. George F, Causas de Morte em Portugal e Desafios na Prevenção, Acta Med Port 25(2):61-63, 2012
4. Hespanhol AP, Couto L, Martins C, Viana M, Educação para a Saúde e Prevenção na Consulta de Medicina Geral e Familiar (I), Rev Port Clin Geral 25:236-41, 2009
5. Aronson JK, Compliance, concordance, adherence, Br J Clin Pharmacol. 63(4): 383–384, 2007
6. Simões, JA. A consulta em Medicina Geral e Familiar. RPCG.25.2, 2009.
7. Safer RS, Keenan J, Health Literacy: The Gap Between Physicians and Patients Am Fam Physician 72(3):463-468, 2005
8. Questionário Europeu de Literacia em Saúde aplicado em Portugal (HLS-EU-PT), Saúde Que Conta, 2014
9. He C, Tsuchiyama SK, Nguyen QT, et al, Enhanced Longevity by Ibuprofen, Conserved in Multiple Species, Occurs in Yeast through Inhibition of Tryptophan Import, PLoS Genetics, 2014
10. Ioannidis JPA, Why Most Published Research Findings Are False, PLoS Med 2(8), 2005
11. Roddy E, et al, Evidence-based recommendations for the role of exercise in the management of osteoarthritis of the hip or knee—the MOVE consensus, Rheumatology 44:67–73, 2005

12. Reilly JM, Are Obese Physicians Effective at Providing Healthy Lifestyle Counseling? *Am Fam Physician* 75(5):738-741, 2007
13. Schwenk TL, Physicians as Role Models, *Am Fam Physician* 75(7):1089-1090, 2005
14. Aira T, Välimaa R, Paakkari L, Villberg J and Kannas L, Finnish pupils' perceptions of health education as a school subject, *Global Health Promotion*, 2014
15. World Health Assembly, global strategy on diet, physical activity and health, World Health Organization, 2004
16. Pinto D, Corte-Real S, Nunes JM, Atividades preventivas e indicadores – Quanto tempo sobra?, *Rev Port Clin Geral* 2010;26:455-64
17. Granja M, Ponte C, O que ocupa os médicos de família? Caracterização do trabalho médico para além da consulta, *Rev Port Clin Geral* 2011;27:388-96