

A Propósito da Medicina de Família

Ana Maria Sant'Ana*

*Médica de Família da U.S Santos Andrade, Prefeitura Municipal de Curitiba
Diretora Científica das Sociedades Brasileira e Paranaense de Medicina de Família e Comunidade
anuchas@uol.com.br

Revisão: Dante Romanó Júnior e Mário Tavares

Resumo: este trabalho faz uma reflexão sobre aspectos práticos do trabalho do médico de família no Brasil, e ao apontar áreas de atrito se propõe a provocar uma discussão que contribua para o aperfeiçoamento da especialidade e desta maneira, dos serviços prestados às comunidades.

Abstract: this paper makes a reflection about some practical issues concerning the work of family doctors, highlighting some conflicts to be discussed to contribute to the improvement of the quality of the specialty and as a consequence, the delivery of quality services to the communities.

Palavras-chave. Medicina de Família, Saúde Pública, Atenção Primária à Saúde

Introdução

“Um código não refere nunca no seu prefácio a utilidade, a razão, a casuística das suas leis; isto lhe faria perder o seu tom imperativo, o “tu deves”, primeira condição para se fazer obedecer. Aqui está exatamente o problema. Em certo ponto do desenvolvimento de um povo, o seu livro mais circunspecto, o que melhor percebe o passado e o futuro, declara estabelecer a prática segundo a qual se pode viver; o seu fim é recolher, tão rica e completamente quanto seja possível, as experiências das más épocas.”

F. Nietzsche(1)

Apesar de ter surgido como “o novo tipo de médico”(2), o Médico de Família continua sendo, antes de tudo, um clínico. Enquanto especialista em Atenção Primária, é figura central num sistema de saúde que pretende seguir o modelo de Atenção Primária à Saúde. A identidade do Médico de Família enquanto especialidade médica já está bem estabelecida. Os quatro princípios da

Medicina de Família do Canadian College of Family Physicians representam o nosso código de maneira clara e sintética. Eles são compreendidos e praticados por médicos de família no mundo todo. Os princípios são o nosso código, o “tu deves”. Os textos de Mac Whinney(3), que não pode deixar de ser citado por se tratar de um ícone da especialidade, com certeza inspiraram e apoiam este mesmo código. Neste artigo, defendemos a prática da especialidade Medicina de Família e Comunidade(MFC) segundo estes princípios, dentro do contexto do SUS, sustentando não haver incompatibilidade. Os princípios da MFC não ferem os princípios do SUS, pelo contrário, só vêm ao encontro destes.

Teoria e prática

Eclipse Oculto (4)

Demasiadas palavras,
fraco impulso de vida.
Travada a mente na ideologia,
E o corpo não agia como se o coração
tivesse antes que optar,
Entre o inseto e o inseticida

Muito tem se discutido, e há bastante tempo, sobre reforma sanitária, mudança do modelo de atenção, Sistema Único de Saúde, Programa de Saúde da Família. Muito se tem escrito a respeito. As contribuições teóricas no sentido de transformar o sistema de saúde no país ocupam longas prateleiras em bibliotecas espalhadas pelo país. No entanto, o profissional que atua na linha de frente está distante das contribuições teóricas. E vice-versa. Uma barreira importante é a linguagem. Alguns textos são muito áridos para profissionais que não tiveram na sua formação um aprofundamento do enfoque social. Outra questão importante é que o profissional de atenção primária (e todos os profissionais que lidam diretamente com a população no sistema público), não se sentem contemplados em decisões que dizem respeito ao seu trabalho. O distanciamento e a falta de entendimento mútuo pelas diferenças de linguagem tem dificultado e estagnado o processo de trabalho. Estamos num impasse que pode ser descrito na seguinte frase, de autor desconhecido : “Teoria é quando você sabe tudo e não faz nada. Prática é quando você faz tudo e não sabe porquê. Quando não se casa teoria e prática, não se faz nada e não se sabe porquê.” Na tentativa de contribuir para este matrimônio, colocamos aqui alguns pontos de vista de quem atua na prática tentando apontar algumas diferenças em relação ao que acreditamos que os teóricos esperam de nós.

1. Por quê buscar experiências fora da nossa realidade, numa língua que não é a nossa

A Medicina de Família e Comunidade é uma especialidade relativamente recente em nosso país. Seu reconhecimento nas Faculdades de Medicina ainda é extremamente limitado, com algumas excessões pontuais. Existem centros formadores não ligados ao meio universitário, como o Grupo Hospitalar Conceição de Porto Alegre, mantido pelo Ministério da Saúde. Não existem Departamentos de Medicina de Família nas Universidades e estamos numa fase de transição, onde grande parte dos médicos que irão trabalhar nesta especialidade estão sendo formados por especialistas de outras áreas. Isto leva ao fato dos profissionais que estão atuando buscar bibliografia e experiência estrangeiras, como o NHS(National Health Sistem), o sistema britânico de saúde, e também a experiência de Cuba, do Canadá, da Espanha e de Portugal. Em segundo lugar é importante destacar que existe um jargão próprio, uma forma de comunicação particular, que é excludente, sim, à semelhança de outras especialidades. Mas a linguagem é de crucial importância na identidade dos Médicos de Família. Em todo o mundo, a linguagem é a mesma, mesmo que as línguas sejam diferentes. As dificuldades são semelhantes, e a troca de experiências é muito enriquecedora. E por fim, para para nos isentar da culpa pela literatura de origem anglo-saxônica, vamos refletir sobre os versos abaixo, que nos apontam que o português também é uma língua colonialista.

Pindorama(5)

Pindorama Pindorama,
é o Brasil antes de Cabral

Pindorama, Pindorama,
é tão longe de Portugal
Fica além, muito além
do encontro do mar com o céu
Fica além, muito além
dos domínios de Dom Manoel

...
Pindorama, Pindorama
Mas os índios já estavam aqui
Pindorama, Pindorama
Já falavam tudo em tupi.
Só depois vêm vocês
que falavam tudo em português.
Só depois com vocês
Nossa vida mudou de uma vez

2. Abordagem Individual e Abordagem Coletiva

Pode parecer existir um abismo intransponível na prática de atenção primária entre o que se considera atenção individual e atenção coletiva. Mas nós, Médicos de Família, acreditamos que não. Toda vez que atendemos um paciente no consultório pode parecer que uma população inteira está sendo excluída lá fora. No entanto, ao atender um indivíduo, pode se estar acrescentando e não excluindo. Afinal, o coletivo compõe-se de indivíduos. A abordagem coletiva acrescenta a dimensão epidemiológica ao atendimento. Cobertura e meta são raciocínios coletivos. Parece que o que ocorre é uma confusão entre abordagem coletiva e trabalho com grupos. Apesar deste fato contrariar o senso comum, um trabalho com grupos pode ser uma atividade coletiva ou não. E uma atividade coletiva, por outro lado, não precisa necessariamente ser realizada com grupos. A verificação de pressão arterial é um procedimento individual, mas quando se trabalha pensando em verificar a pressão de todos os indivíduos maiores de 20 anos de uma comunidade, o raciocínio é coletivo. Outro exemplo de atividade coletiva é a coleta de esfregaço cérvico vaginal para prevenção do câncer de colo uterino. Sabemos que é preciso dar cobertura para toda a população de risco, ou seja, todas as mulheres que já tenham iniciado atividade sexual. Existe então uma população que deve ser rastreada. É preciso atingir uma cobertura desta população. No entanto, o procedimento em si, a coleta do material ocorre a nível individual, e não poderia ser de outra forma. Os grupos, por sua vez, não são automaticamente garantia de ação coletiva, justamente pela questão da cobertura. As atividades em grupo podem trazer resultados importantes individualmente para os participantes do grupo, sem ter no entanto nenhum impacto na população em geral. A atuação em grupos é muito valorizada, contando inclusive com forma diferenciada de avaliação e remuneração dos trabalhos nas unidades de saúde do PSF. A valorização dos grupos muitas vezes se dá às custas de recusa de atendimento a pacientes que têm queixas que estão sofrendo. É frequente também que profissionais do PSF se queixem de que só à tarde, quando atuam com grupos ou fazem visitas domiciliares, **estão fazendo PSF**. Isto só faz reforçar a dicotomia curativo-preventivo sendo que as ações de assistência são consideradas de menor importância. No entanto é muito importante aproveitar todas as oportunidades para atuar no sentido de atingir a coletividade mesmo que o atendimento seja a um indivíduo. Os registros são coletivos, as planilhas são coletivas assim como as avaliações, o desempenho perante uma comunidade. Se for possível atingir metas sem trabalhar com grupos, nenhum princípio está sendo ferido. Se a equipe por outro lado, vê em formar determinado grupo a melhor estratégia para enfrentar um problema, muito bem. O processo de trabalho, a estratégia que será usada *deve* ser uma decisão local.

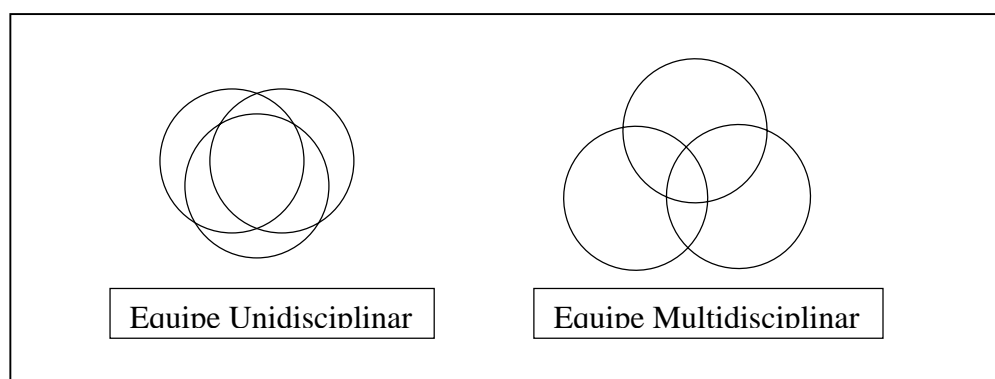
3. Atendimento na Unidade de Saúde e Atendimento no Domicílio

É muito mais confortável atender e principalmente examinar um paciente no consultório que no domicílio. Pode-se atender muito mais pessoas na Unidade de Saúde que em visitas domiciliares. A visita domiciliar é um atendimento de exceção, com indicações precisas: cadastramento, busca ativa de casos e faltosos,

acompanhamento a doentes crônicos e acamados, e a observação do paciente ou família em sua residência(). É preciso também definir qual o profissional mais adequado para fazer a visita. O médico pode fazer a busca de um faltoso, mas a princípio o agente comunitário está perfeitamente habilitado para esta função. O médico deveria permanecer na Unidade de Saúde a menos que houvesse um motivo justificável para se afastar, pois é neste local que as pessoas esperam encontrá-lo. Principalmente em equipes onde existe um único profissional médico. Caso contrário, é preciso que se estabeleçam escalas de visitas para garantir a presença constante de um médico na Unidade de Saúde. O fato do médico não sair para fazer qualquer tipo de atendimento domiciliar durante o expediente não fere nenhum princípio da Medicina de Família, desde que não se faça necessário.

4. Formação Multiprofissional e Trabalho em Equipe

A área da saúde acumula vasta experiência de trabalho em equipe. No hospital, o centro cirúrgico , as enfermarias, a UTI. No entanto há uma hierarquia que sempre tende a favorecer o médico. No verdadeiro trabalho em equipe todos os membros devem participar dos processos de planejamento e avaliação, contribuir para a organização do processo de trabalho. É preciso cumplicidade e comprometimento para que todos unam esforços para atingir um objetivo comum. É preciso que haja solidariedade e respeito. A presença de diversas categorias profissionais nas unidades de saúde só vem a enriquecer o processo de trabalho, acrescentando experiências diferentes. Assistentes sociais, Nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogas, terapeutas ocupacionais, todos são muito bem vindos. A complementaridade das categorias acrescenta habilidades, conhecimentos e atitudes que só vão beneficiar a comunidade. Por isso é preciso cautela em relação às chamadas residências/especializações multiprofissionais, com currículos idênticos para todas as categorias. Num treinamento multiprofissional as áreas de competência dos profissionais são sobrepostas, perdendo-se portando, a possibilidade de amplificar as competências do grupo através das diferenças de cada um.



Quando todos os membros da equipe são treinados de forma idêntica corre-se o risco de formar uma equipe **unidisciplinar**, e não multidisciplinar.

Se equipes unidisciplinares são formadas para atuar nos serviços de atenção primária, com conhecimentos equivalentes, pode-se dizer que este não é um sistema de saúde organizado a partir da atenção primária.

O grande receio é formar equipes de sanitaristas sob o pseudônimo de “saúde da família”. Para a formação de equipes multidisciplinares é importante definir o papel de cada membro, reconhecendo os

limites e potenciais de cada um. Costumamos denominar este tipo de trabalho como delegação por competência. Mas em algum momento, o médico deve ser médico, o enfermeiro deve ser enfermeiro e assim por diante. Não se trata de uma tentativa de restringir papéis. Pelo contrário. Os enfermeiros devem ter uma atuação mais clínica e menos burocrática. No Canadá, enfermeiros são capacitados para fazer inserção de D.I.U. que é um procedimento simples, e um método contraceptivo eficaz.

5. Modelo Biomédico E Modelo Biopsicossocial

O modelo biopsicossocial é um modelo científico proposto por Engel (7) em contra-ponto ao modelo biomédico. Segundo seu autor, “É um modelo que livra das contenções impostas pela abordagem exclusivamente reducionista do modelo biomédico”. O modelo possibilita ao médico ampliar as aplicações do método científico para aspectos do dia a dia da prática e cuidados com o paciente, até agora não considerados acessíveis para uma abordagem científica”. O modelo biopsicossocial leva em conta as dimensões perdidas do modelo biomédico. Logo, a fração biomédica *permanece* e as demais são *acrescentadas*. Os médicos de família na verdade são interessados tanto na saúde quanto na doença. “A tarefa do médico é compreender a natureza física da doença mas também conhecer o doente e o significado que a doença tem para ele.” No positivismo só é considerado científico o que é objetivo, o que possa ser quantificado, o que salta aos olhos. Contrariando tal concepção a hermenêutica ou pesquisa fenomenológica propõe que a nível físico o caminho para o conhecimento seja sensorial, e que a nível mental este caminho seja simbólico. Os dados das ciências naturais dizem respeito ao mundo dos sentidos, e os dados das ciências humanas, ao mundo dos significados.

Esta concepção pode ser traduzida pela imagem de uma cena do musical Hair, de Milos Forman. O tema do filme é a vida de um grupo de jovens em Nova Iorque na época da guerra do Vietnã. O rapaz cabeludo de família pobre que vive nas ruas e usa drogas se apaixona por uma moça muito rica. Numa cena antológica, durante um banquete na mansão dos pais da moça, ele sobe na mesa repleta de convidados e vai desfilando entre os cristais e a prataria cantando e dançando a música “I got life”(Eu tenho vida) cuja letra transcrevo abaixo, em tradução livre do original em inglês.

Eu tenho vida (8)

Eu tenho vida, mãe
Eu tenho risadas, irmã
Eu tenho liberdade, irmão
Eu tenho bons momentos, cara

Eu tenho maus modos, filha
Eu tenho charme de um milhão de dólares, prima
Eu tenho dor de cabeça e dor de dente

E maus momentos também,
Como você

Eu tenho meu cabelo
Eu tenho minha cabeça
Eu tenho meu cérebro
Eu tenho minhas orelhas
Eu tenho meus olhos
Eu tenho meu nariz
Eu tenho minha boca
Eu tenho meus dentes
Eu tenho minha língua
Eu tenho meu queixo
Eu tenho meu pescoço
Eu tenho meus mamilos
Eu tenho meu coração
Eu tenho minha alma
Eu tenho minhas costas
Eu tenho minha bunda
Eu tenho meus braços
Eu tenho minhas mãos
Eu tenho meus dedos
Tenho minhas pernas
Eu tenho meus pés
Eu tenho meus dedos dos pés
Eu tenho meu fígado
Tenho meu sangue

Eu tenho minhas tripas(gana,garra)
Eu tenho meus músculos
Eu tenho vida
Vida , Vida !

6. Controle social: quando devemos ouvir a comunidade

Para atuar na comunidade, aprendemos que é fundamental antes de mais nada, ouvi-la, para compreender suas necessidades e procurar desenvolver o trabalho no sentido de contribuir para a construção da cidadania. No entanto, nas reuniões dos Conselhos Locais de Saúde parece que sempre escutamos o que não gostaríamos de ouvir: – Precisamos de mais médicos, mais remédios. Nós sempre achamos que sabemos o que é melhor para eles: saneamento, educação, salário digno. E depois de tantos anos, de tanta conversa, de tanta educação em saúde, parece que a comunidade ainda não aprendeu o que queremos ouvir. Ou será que nós é que não estamos ouvindo a comunidade? Existe um ditado popular que diz que “A prevenção é o melhor remédio”. Isto pode dar margem a duas interpretações: A nossa,, de que é preciso investir em prevenção e promoção em saúde, é preciso atuar nos determinantes do processo saúde-doença. E a interpretação popular, que acredita que a prevenção não passa de uma *antecipação da cura*, antes que ocorra a doença e o sofrimento. À primeira vista pode parecer que os pontos de vista são idênticos. Mas ao olhar mais de perto, percebemos que a visão da população passa sempre pela palavra mágica “cura”. E existe uma associação entre médico e cura que é milenar na nossa cultura. “Os são não necessitam de médico, mas, sim, os que estão doentes”(9). Ao pedir mais médico e mais medicamentos a população pode estar querendo sinalizando não ter acesso ao sistema de saúde. Cria-se então uma estratégia denominada de “acolhimento solidário”, que na prática passa a ser um subterfúgio para “reprimir a demanda reprimida”, dando a falsa impressão de que todos foram atendidos. Sem acesso não há resolutividade possível. Nosso papel é ouvir o

que eles dizem e tentar compreender o que querem dizer. A nós, cabe contribuir para a cidadania no sentido de garantir atendimentos num prazo razoável, realizar os exames necessários, conseguir consultas com um especialista profissional o bastante para enviar a contra-referência,, retornar do internamento hospitalar com o resumo de alta. A demanda oculta só vem à tona se derretermos a ponta do iceberg da demanda emergente. Não há como fazer prevenção e promoção com o sofrimento batendo à porta.

Conclusão

A medicina de família e comunidade é uma especialidade médica que já vem sendo praticada há cerca de duas décadas no Brasil, mas só recentemente foi reconhecida como especialidade. O principal mercado de trabalho do médico de família e comunidade é o PSF, que vai completar 10 anos de implantação. É preciso ampliar as discussões a respeito da forma de trabalho no PSF, para que sejam corrigidas distorções que têm interferido de maneira negativa na prática da MFC, onde princípios da especialidade devem ser seguidos sem ferir os princípios do SUS e sem afetar a autonomia local em relação ao processo de trabalho.

Referências Bibliográficas

1. Nietzsche F. O Anticristo. São Paulo: Martin Claret, 2001:98.
2. Hart JT. A new kind of doctor: the general practitioner's part in the health of the community. London: Merlin Press, 1988.
3. McWhinney IR. A textbook of family medicine. New York: Oxford University Press: 1997.
4. Caetano Veloso. Eclipse Oculto. LP "Uns", 1983.
5. Peres S; Tatit L. Pindorama. CD Canções Curiosas. Selo Palavra Cantada, 1998
6. Tavares M. Takeda S. A Prática da Atenção Primária à Saúde. In: Duncan BB. Medicina Ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1996.
7. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. Am J Psych. 1980; 137: 535-44.
8. Gerome R; Rado J. I got life. Hair: original soundtrack recording. New York: BMG Music, 1979.
9. Evangelho segundo São Marcos, capítulo 2, versículo 7.