



Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

**Formação e qualificação do Médico de Família
e Comunidade através de Programas de
Residência Médica no Brasil, hoje:
Considerações, Princípios e Estratégias**

Maio de 2005

Sumário

	Pág.
1 – Considerações Preliminares	1
1a – Resistências aos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade (sucedâneos da Medicina Geral Comunitária)....	1
1b – A Questão da Terminalidade do Ensino Médico	1
1c – A Medicina de Família e Comunidade, a Atenção Primária à Saúde e a Falácia das Doenças e Problemas Simples de Saúde	3
2 – Modelo Assistencial com Atenção Primária à Saúde Desestruturada	4
2a - Crise dos Sistemas de Saúde	5
3 - Tendências da Formação Médica Graduada ou Pós-Graduada de Acordo Com o Modelo da Medicina das Doenças (Modelo Docente-Assistencial)	5
4 – Desafios Docente-Assistenciais Em Cenários De Mudança	6
4a – Condições Necessárias Para Um Treinamento Adequado	8
4b – Preceptoría e a Equipe Estruturante de Preceptores	9
4c – Outras Características Desejáveis do Preceptor	10
5 – Princípios norteadores das competências e habilidades no âmbito da clínica e da promoção da saúde	11
5.a – Detalhamento de competências e habilidades do Médico de Família e Comunidade	12
6. Conclusão	25
Bibliografia	27
Anexo – Parte da Resolução CNRM 004/2003	

Autores

Ricardo Donato Rodrigues

Professor adjunto da Faculdade de Ciências Médicas –UERJ
Doutor em Saúde Coletiva
Preceptor da Residência em Medicina de Família e Comunidade da UERJ
Vice-Presidente da Associação de Medicina de Família e Comunidade – Rio de Janeiro
Membro da Comissão de Capacitação e Formação da Diretoria da SBMFC

Carlos Eduardo Aguilera Campos

Professor adjunto da Faculdade de Medicina da UFRJ
Preceptor da Residência em Medicina de Família e Comunidade da Faculdade de Medicina de Petrópolis
Doutor em Saúde Coletiva
Diretor Financeiro da SBMFC

Maria Inez Padula Anderson

Especialista em Medicina de Família e Comunidade
Professor adjunta da Faculdade de Ciências Médicas –UERJ
Doutora em Saúde Coletiva
Preceptora da Residência em Medicina de Família e Comunidade da UERJ
Presidente da SBMFC

Formação e qualificação do Médico de Família e Comunidade através de Programas de Residência Médica no Brasil, hoje: Considerações, Princípios e Estratégias

**Um documento da
Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
Maio de 2005**

1 – Considerações Preliminares

1a – Resistências aos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade (sucedâneos da Medicina Geral Comunitária)

Os programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade (RMFC) têm enfrentado múltiplas formas de resistência desde 1976 quando foram implantados no Rio de Janeiro, em Porto Alegre e Recife, os três primeiros programas desta modalidade de pós-graduação no Brasil. A regulamentação deste Programa, que até o limiar desta década chamava-se Medicina Geral Comunitária (MGC), pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), responsável pela regulamentação de todos os programas desde 1981, não parece ter contribuído para a reversão imediata deste quadro.

1b – A Questão da Terminalidade do Ensino Médico

Ainda hoje é possível ouvir em alguns círculos de estudos e debates que a implantação de Programas de Residência em MFC constituiria um equívoco, contrapondo-se à terminalidade dos cursos de graduação em medicina. Para estes críticos não haveria necessidade de um programa de pós-graduação como a residência médica para formar o médico generalista cuja responsabilidade seria do curso de graduação.

Não parece demais insistir que a condição de terminalidade do curso de graduação em medicina é uma exigência a ser rigorosamente cobrada de

toda Escola Médica. Não obstante este caráter da formação também é necessário insistir que o egresso de qualquer Faculdade de Medicina é um recém-formado, ou seja, um médico menos experiente, ainda que dotado de suficiente formação científica adquirida durante a graduação. Isto não quer dizer que durante a Residência Médica não se dará atenção aos aspectos cognitivos do aprendizado que deverá assumir um caráter de permanência e continuidade em face das mudanças no mundo, inclusive no mundo da ciência e da cultura. Mas, também é necessário dar ênfase ao desenvolvimento de habilidades psicomotoras e competências nos campos atitudinais e comportamentais.

Em suma, a Residência Médica corresponde a uma etapa de transição cujo objetivo é permitir ao recém formado adquirir experiência, como se sabe, condição tão necessária no âmbito da prestação de serviços de saúde tanto na perspectiva da equidade quanto da integralidade e da qualidade. A estratégia pedagógica, portanto, é privilegiar o contato direto do residente com a prática cotidiana da atenção saúde.

Em vista das considerações acima se pode concluir que a Residência Médica é de fato um programa de treinamento em serviço tal como define a própria Comissão Nacional de Residência Médica em consonância com a compreensão universal a este respeito. Neste sentido, a RM é sobretudo um aprender fazendo, fazendo com outros, que servem de modelo ou exemplo e são denominados de preceptores. Assim RM é adquirir confiança e experiência em ambiente estruturado de trabalho e no convívio com outros que formam uma equipe de preceptoria cuja missão é facilitar a aprendizagem.

Em suma, os Programas de Residência Médica têm características bem delimitadas:

- Treinamento em serviço;
- Preceptoria (modelo/exemplo);
- Inserção em Serviços e Práticas.

1c – A Medicina de Família e Comunidade, a Atenção Primária à Saúde e a Falácia das Doenças e Problemas Simples de Saúde

Ao contrário do que acontece no seio dos países mais ricos, no Brasil e em outros países em vias de desenvolvimento, ainda é necessário vencer outras barreiras e superar desconfiças que envolvem os Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade e a respectiva especialidade médica cujo foco privilegiado está voltado para a prestação de Cuidados Primários de Saúde, isto é, para a Atenção Primária à Saúde. É necessário, particularmente, resgatar o conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) que, por várias razões, em muitos círculos tem sido confundida ao longo do tempo com Atenção precária à Saúde que bem poderia responder pela sigla ApS.

Nestes círculos que se valem do paradigma biotecnológico, um paradigma sucedâneo à racionalidade anátomo-clínica ou paradigma biomédico, a APS é considerada fácil ou simples porque supostamente lidaria com problemas igualmente simples de saúde. Doenças simples e de fácil resolução. Esta visão de APS não deixa de dar razão a Feuerwerker (1998) ao considerá-la uma perspectiva "terceiro mundista" acerca dos problemas de saúde que afetam a população de países periféricos. Em 1976, portanto, há mais de 20 anos antes, um eminente autor argentino já chamava a atenção do mundo que na esteira do *simplismo* a APS no seu conjunto corria sério risco de se transformar em "*uma medicina de segunda classe para cidadãos de segunda classe prestada por pessoal de segunda classe*" (Sonis, Abraham: 1976).

Resta saber de onde vem esta ideologia da simplificação que envolve a Atenção Primária. Qual o pressuposto que sustenta a posição dos recalcitrantes, mesmo depois das severas advertências de estudiosos e autores consagrados? Afinal é estratégico desvendar a lógica subjacente a tal concepção para (re) pensar uma APS inclusiva, que não seja apenas

uma medicina pobre para os humanos mais pobres do mundo, uma espécie de tampão social para contentar os humanos que vivem em condições incompatíveis com a dignidade humana.

O pressuposto em questão pode ser assim resumido: A complexidade no âmbito da atenção médico-sanitária é diagnosticar uma entidade nosológica ou um perfil epidemiológico e suas causas específicas ou determinantes para intervir com eficácia.

2 – Modelo Assistencial com Atenção Primária à Saúde Desestruturada

Para dar conseqüência prática a este entendimento do processo saúde-doença centrado no paradigma biotecnológico ergue-se um modelo assistencial partido, um modelo com duas faces como se fosse apenas uma simples moeda:

- Face hospitalar – casos individuais;
- Face saúde pública – situações coletivas

Ambos, entretanto, configuram-se com base na Teoria das doenças:

Face hospitalar

- Alto custo;
- Uso intensivo de tecnologias industriais;
- Centrada na racionalidade biotecnológica;

Teoria das doenças

Face saúde pública

- Menor custo;
- Baixo consumo de tecnologias industriais;
- Racionalidade epidemiológica.

Teoria das doenças

Infelizmente o resultado de tudo isso salta aos olhos de todos sendo de domínio público.

2a - Crise dos Sistemas de Saúde

- Consumo intensivo e inadequado de tecnologias industriais e de procedimentos médicos/ aumento intensivo de custos e gastos;
- Segmentação e impessoalidade da assistência;
- Desvalorização da relação médico-paciente;
- Iatrogenia crescente;
- Baixa capacidade resolutiva das ações de saúde;
- Não atendimento das necessidades básicas de saúde nos planos individual, familiar e comunitário;
- Cobertura assistencial insatisfatória
- Taxas elevadas de incapacidade e de mortes precoces

3 - Tendências da Formação Médica Graduada ou Pós-Graduada de Acordo Com o Modelo da Medicina das Doenças (Modelo Docente-Assistencial)

- centrada no ensino hospitalar;
- intervencionista / medicalizante / iatrogênica / cara;
- impessoal / com perda progressiva da relação médico-paciente;
- valoriza habilidades instrumentais em relação às atitudinais e comportamentais;
- pouco valoriza a ética;
- valoriza memorização, não estimulando o questionamento e a criatividade;
- o objeto do ensino é a doença, entendida como disfunção anátomo fisiológica ou a saúde da população

Seja em termos de educação graduada ou pós-graduada, os resultados deste modelo estão representados pela inadequação de cenários de ensino-aprendizagem e pela inadequação de modelos docente-assistenciais.

Estes fatos se tornam mais relevantes ao se pensar o treinamento em serviço para RMFC, bem como a preceptoria e modelo pedagógico nela envolvidos.

Vale lembrar que o crescimento exponencial da demanda por MFC, em especial a partir de 1997, ocorreu após longo tempo de desvalorização do campo de atuação e da prática desta especialidade, que refletia, como não poderia deixar de ser, a pouca valorização que as políticas públicas de saúde destinava à Atenção Primária à Saúde em nosso país.

Ou seja, em termos de Brasil, esta demanda exponencial ocorreu num momento de esvaziamento de espaços docente-assistenciais no nível da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, seja este esvaziamento relacionado à preceptoria qualificada e específica, seja ao número e preenchimento das vagas de residência, à inexistência de campo específico para esta especialidade no âmbito da academia, provocando desconhecimento e contribuindo para o preconceito relacionado à prática da APS junto ao corpo docente e discente, e por conseguinte esvaziamento relacionado à existência de cenários e modelos pedagógicos adequados e quantitativamente suficientes para a formação de especialistas.

Ressalte-se, entretanto, a existência consolidada de programas em alguns locais do país, alguns, como já mencionado, com 30 anos consecutivos de trabalho, com resultados de alta relevância na formação de quadros, seja para o nível assistencial, seja para o espaço acadêmico e de pesquisa e que, obviamente, devem ser especialmente considerados no processo de incremento dos espaços de formação.

4 – Desafios Docente-Assistenciais Em Cenários De Mudança

Diante de tantos problemas relacionados à crise da saúde e, conseqüentemente à falência dos sistemas, tem havido uma tendência mundial crescente no sentido de mudar a orientação dos sistemas nacionais de saúde. Quanto a isso, o Brasil, felizmente, não tem sido exceção. Assim

desde 1994 vem adotando uma estratégia de reorientação do modelo assistencial através da implantação do Programa Saúde da Família.

O primeiro desafio é saber em que direção caminhar, pois há o risco de adotar-se uma versão mais simplificada de APS de conseqüências nefastas em termos de formação dos profissionais de saúde inclusive no que diz respeito à formação do especialista em Medicina de Família e Comunidade. Neste caso não se estaria longe de se estabelecer um modelo assistencial com uma ampla base leiga e substituição de uma categoria profissional por outra, quando não a criação de uma verdadeira gelatina profissional, concentrada em unidades assistenciais avessas à instituição hospitalar, conformando sistemas de saúde hospitalofóbicos, em contraposição ao modelo assistencial hospitalocêntrico.

O desafio portanto é promover uma reorientação do modelo assistencial centrada em bases tecnocientíficas consistentes, fundadas no paradigma biopsicosocial ou paradigma da integralidade, à luz do qual as dimensões que condicionam o processo saúde-doença articulam-se através de uma rede de conexões de grande complexidade.

Nesta concepção torna-se possível reorientar o modelo assistencial (e o modelo docente assistencial) preservando os avanços acumulados no campo da saúde até os dias correntes, e rearticular práticas e instituições na lógica da integralidade, isto é, considerando as interações biopsicosociais que conformam a totalidade humana. Aqui, recomendação final, portanto, é não banalizar a MFC e a APS, e cuidar para não tornar a formação médica e a prática médica hospitalofóbicas e não transformar multi e interdisciplinaridades em unidisciplinaridade.

4a – Condições Necessárias Para Um Treinamento Adequado

A Medicina de Família é uma especialidade médica que privilegia a Atenção Primária de Saúde, considerando que este nível de atenção integra um sistema de saúde pautado no critério de complementaridade (ao invés de hierarquizado). Ressalte-se que a APS tem a responsabilidade de lidar com questões e problemas que envolvem grande complexidade e é de esperar que a formação de especialistas envolva aspectos igualmente complexos. Não se trata, portanto, da formação de um especialista trivial e de uma especialidade que presta cuidados triviais de saúde

É preciso ter presente, no entanto, que a Residência é essencialmente treinamento em serviço. Portanto, espera-se que o Residente entre em contato com atores e cenários diversificados. Ou seja, o Residente não pode deixar de entrar em contato com especialistas focais, tanto na unidade primária de saúde quanto nos centros de referência ao menos quando seus pacientes necessitarem de atenção nos demais níveis do sistema.

Além disso, é necessário que se aperfeiçoem e mantenham-se atualizados no atendimento de emergências médicas, envolvam-se no desenvolvimento de habilidades e competências que impliquem em repetição intensiva de contatos, técnicas e procedimentos específicos, como é notório no campo de muitos procedimentos diagnósticos.

Naturalmente, os cenários que propiciam esta repetição intensiva de contatos, exigem que muitos dos treinamentos em serviço sejam realizados em clínicas ou setores especializados (por ex. no campo da radiologia e da eletrocardiografia) e, até terapêuticos (por ex. cirurgia ambulatorial, punção articular, parto normal, etc).

4b – Preceptoría e a Equipe Estruturante de Preceptores

Ao se pensar na expansão necessária de RMFC no Brasil hoje e, considerando o atual cenário brasileiro onde grande parte dos programas existentes e possivelmente a existir contam e contarão com a preceptoría de outras especialidades que não a Medicina de Família e Comunidade, é mister traçar estratégias que otimizem e caminhem no sentido da adequação deste processo.

Para tanto, uma consideração preliminar se justifica: o residente de MFC, como outros residentes, cumpre um programa diversificado de treinamento que transcende a atividade de um só preceptor e/ou de uma só equipe, mas deve entrar em contato com um leque variado de orientadores.

A primeira consequência prática que decorre destas características para a formação do médico de família é a necessidade de existência de uma **EQUIPE ESTRUTURANTE DE PRECEPTORES** envolvidos com o programa, desde a sua elaboração e seleção dos diferentes cenários de treinamento. Parece suficientemente óbvio que o Residente deve manter um contato privilegiado com tal Equipe Estruturante de Preceptores

Por suposto, esta equipe de preceptores deveria ser formada por médicos especialistas em medicina de família e comunidade, em especial capacitados através de programas de residência médica.

De todo o modo, a primeira característica a ser exigida de um preceptor para integrar a Equipe Estruturante é compreender a complexidade que envolve a especialidade e o programa de formação do especialista. Para tanto é necessário que tenha familiaridade com a APS e, preferencialmente, como mencionado anteriormente, seja um especialista em medicina de família e comunidade e tenha entusiasmo com a especialidade; ainda assim, não deve ser leigo no campo pedagógico e, de preferência deve ter treinamento nesta área.

Mas também é necessário que tal preceptor junto com os demais integrantes da equipe estruturante do programa tenha capacidade de identificar cenários, instituições e os respectivos atores mais adequados para o treinamento.

Critérios sugeridos para o estabelecimento de Cenários e de Atores

4c – Outras Características Desejáveis do Preceptor

É preciso ter sempre em mente que o caráter da formação em nível de residência médica é eminentemente prático com ênfase no treinamento em serviço, de modo que o preceptor deve ser de fato um modelo para o residente. Portanto, deve ter as competências e habilidades que se espera do egresso, valendo lembrar que esta é uma área comprometida com o processo de reorientação do modelo assistencial, isto é com o processo de mudança ou reforma no campo da saúde. E muitas não de ser as exigências inerentes a um processo tão complexo. A começar pelas exigências nos âmbitos da clínica, da promoção da saúde e da prevenção de agravos. Mas não se pode deixar em segundo plano a necessidade formação de agentes de mudança. Por isto os preceptores não podem deixar de ser:

5 – Princípios norteadores das competências e habilidades no âmbito da clínica e da promoção da saúde

Exemplar na clínica significa que não basta diagnosticar a doença para cuidar do paciente, incluindo nesta noção de cuidado o tratamento eficaz de seu problema de saúde. Para tanto é necessário obter informações que transcendem a história sintomática do paciente, os achados encontrados através do exame físico e dos exames complementares. Em outras palavras, para ser exemplar na clínica é necessário diagnosticar a doença ou o estado de saúde da pessoa e as circunstâncias específicas que envolvem um ou outro processo. Circunstâncias que são ao mesmo tempo pessoais e sócio ambientais, portanto circunstâncias históricas. E é isto que dá sentido ao processo saúde-adoecimento que sempre tem um significado, culturalmente construído, tanto para o paciente quanto para o círculo de amigos, sua família e a comunidade em que vive. Estas são informações que emergem da relação médico-paciente e representam uma condição essencial para estabelecer um diagnóstico clínico ampliado, pré requisito para uma abordagem eficaz do processo saúde-enfermidade. Ao lado de tantas outras dimensões e denominações é a isto que se tem chamado pela singela denominação de CLÍNICA AMPLIADA, aqui entendida como uma clínica verdadeiramente capaz de reconhecer a singularidade inerente à saúde humana e de contribuir para a ocorrência de mudanças.

Exemplar na promoção da saúde e prevenção de agravos significa que não basta diagnosticar o perfil epidemiológico e sócio-demográfico para implementar ações efetivas de promoção de saúde de uma comunidade. Afinal, que cultura particular é essa em que sou médico de família? Para onde caminha? O que posso fazer? É preciso ter presente que a resposta a estas e outras tantas questões não podem ser encontradas nos chamados indicadores tradicionais de saúde, baseados em dados de morbimortalidade. Na melhor das hipóteses tais indicadores revelam semelhanças mas nada falam sobre as diferenças que dependem da capacidade de resposta ou resiliência seja no nível individual ou comunitário.

5a – Detalhamento de competências e habilidades do Médico de Família e Comunidade

Desde o reconhecimento crescente da necessidade de investimento na APS para a qualificação dos sistemas de saúde, várias iniciativas nacionais e internacionais tem se debruçado sobre a Medicina de Família e Comunidade enquanto especialidade e disciplina médica, com o objetivo de traduzir e especificar o seu campo de atuação e definir suas competências e habilidades, para além de suas características relacionadas ao trabalho que desenvolvia.

A partir de estudo realizado por Aguilera Campos (2005), a partir de uma revisão bibliográfica, estudo este que teve por objetivos *“aprofundar o conhecimento das origens desta especialidade, as concepções históricas que motivaram o surgimento desta área de atuação médica em outros países, bem como o atual consenso a respeito das bases teóricas e conceituais que fundamentam a sua atuação [buscando-se assim] fomentar o debate sobre a necessidade de estruturação e desenvolvimento da formação graduada e pós graduada em medicina de família e comunidade”* é possível evidenciar iniciativas, em diferentes países, neste sentido.

Segundo Aguilera Campos (2005), *“a formação do Grupo de trabalho, chamado de Grupo de Leeuwenhorst, durante a II Conference in the teaching of General Practice, em Noordwijkerhout, Holanda, no ano de 1974, pode ser considerado um marco importante para o fortalecimento da Medicina de Família (...). Este grupo composto por 15 membros de 11 países da Europa produziu três importantes documentos ou Declarações. A primeira, em 1975, e revisado em 1981, define o trabalho do médico e descreve os objetivos do treinamento e da formação do especialista. Em 1977 uma Segunda Declaração contém contribuições para o prática geral na formação de graduação. A terceira declaração aborda o tema da educação continuada”*.

O Grupo de Leeuwenhorst, descreveu, na Declaração de 1977, o trabalho deste profissional da seguinte forma:

O médico de família presta cuidados primários, personalizados e continuados, a indivíduos, famílias e a uma determinada população, independente de idade, sexo ou afecção. É a síntese destas funções que tem um caráter único. O Médico de Família atende os seus pacientes no consultório, domicílio e, por vezes numa clínica ou hospital. O seu objetivo consiste em fazer diagnósticos precoces. Incluirá e integrará fatores 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 crônicas, recorrentes ou terminais. O contato 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. Atuará 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.

Foram ainda descritos as metas educacionais para a formação de médicos, que ao final de sua formação deveriam estar capacitados e aptos a desempenhar, no momento em que se iniciam na prática clínica:

1. Conhecimentos

- a. O processo de adoecimento, particularmente das doenças comuns, crônicas e aquelas com risco de sérias complicações ou consequências para a vida;*
- b. As oportunidades, métodos e limites da prevenção, diagnóstico precoce e condutas em atenção primária;*
- c. Entendimento de como a forma na qual as relações familiares pode causar problemas de saúde ou alterar a sua apresentação, evolução ou abordagem, assim como a doença influencia a dinâmica familiar.*
- d. Compreensão das circunstâncias do ambiente social e ambiental de seus pacientes e como isto pode afetar a relação saúde doença*
- e. Conhecimento e uso apropriado do várias formas de intervenção disponíveis.*
- f. Compreensão a ética profissional e a sua importância para o paciente*
- g. Métodos básicos de pesquisa aplicada à área.*
- h. Legislação sanitária e seu impacto sobre os pacientes.*

2. Habilidades

- a. Firmar diagnósticos que levem em conta os aspectos físico, psicológico e fatores sociais*
- b. Uso da epidemiologia no dia a dia*
- c. Uso do fator "tempo" como ferramenta para o diagnóstico, terapia e organização*
- d. Identificar pessoas portadoras ou em situação de risco e tomar a ação apropriada*
- e. Tomar decisões relevantes iniciais a respeito de todo e qualquer problema apresentado*
- f. Capacidade de cooperar com a equipe de saúde e outros subespecialistas*

g. Utilizar apropriadamente com toda a destreza e perícia as oportunidades da prática clínica

3. Atitudes

a. capacidade para estabelecer empatia, buscando uma relação com os pacientes efetiva e específica, desenvolvendo alto grau de self-understanding.

b. Reconhecimento do paciente como um indivíduo único e que estas características podem contribuir para modificar as maneiras como ele obtém informação e cria explicações (estrutura hipóteses) acerca da natureza dos seus problemas e de como eles devem ser manejados.

c. Entendimento que ajudar os pacientes a resolver seus próprios problemas é uma atividade terapêutica fundamental

d. Reconhecimento de que se deve realizar contribuições profissionais para uma comunidade mais ampla

e. Disposição e capacidade de avaliar criticamente seu próprio trabalho

f. Reconhecimento da necessidade de educação continuada e leitura crítica de informação médica.

Mais recentemente, em 1994, em Ontário, Canadá, a World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians - WONCA – e a Organização Mundial de Saúde – OMS – promoveram uma Conferência Conjunta que teve como título: ***Tornando a prática médica e a formação médica mais adequados às necessidades da população: a contribuição do médico de família*** (WONCA e OMS, 1994).

Neste evento, no qual estiveram representados 60 países, além de médicos e educadores de todo o mundo, estabeleceram-se recomendações que, resumidamente, direcionam-se, à necessidade de estabelecer uma normatização e especificações mínimas e homogêneas da especialidade,

bem como de fomentar a formação pós-graduada desta especialidade, em nível mundial.

Como um dos resultados deste processo, a seção europeia da WONCA, que já havia produzido um estudo preliminar, em 1998, estabeleceu, após novos estudos e consultas, o documento de 2002, ratificado como documento da WONCA, e denominado *“A definição europeia de medicina geral e familiar”*. Este documento contém os princípios que servem de base para a concepção da MFC como uma disciplina acadêmica e científica, destacando aqueles que devem nortear o desenvolvimento da especialidade.

A **Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade** considera este documento um elemento norteador da formação e da atuação de especialistas e, a partir do trabalho de Aguilera Campos (2005), entende pertinente apresentar as principais resoluções do mesmo acompanhadas por comentários do autor referentes a cada um deles.

Primeiro contato com o sistema de saúde, prestando um acesso aberto e ilimitado e lidando com todos os problemas de saúde independentemente da idade, sexo ou qualquer outra característica da pessoa;

O MFC é o primeiro profissional médico a atender o paciente em condições de novas queixas ou necessidades. O acesso ao profissional é priorizado nestas condições de um problema novo, devido a maior probabilidade de identificação da origem e da melhor conduta a ser tomada nestes casos. Há dúvidas e questionamentos sobre a disponibilidade irrestrita, vinte e quatro horas por dia do profissional. De uma forma geral, porém, esta condição pode não se dar na prática, mas sim a busca por assistência hospitalar de emergência e urgência. A noção do especialista responsável pelo primeiro contato do paciente no sistema de saúde leva, inclusive, que em países como a Espanha o MFC seja o responsável pelo

atendimento dos setores de emergência hospitalar ou do serviço de ambulâncias para acidentes ou de urgências domiciliares.

Está reafirmada a responsabilidade do médico de família e comunidade em atender a todas as faixas etárias e ambos os sexos, sem que haja, neste âmbito da assistência um compartilhamento de pacientes com outras especialidades.

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;

A coordenação do cuidado se dá em dois níveis: no âmbito da equipe da atenção primária e na interação do paciente com os demais níveis e sub-especialidades médicas e não médicas. No âmbito da equipe de atenção primária, ao traçar um plano de cuidados para o paciente, o médico deve compartilhar ações e condutas com a equipe. No contexto brasileiro isto significa compartilhar o trabalho com os agentes comunitários de saúde, a auxiliar de enfermagem, o enfermeiro e a equipe de saúde bucal. Há ainda em muitos municípios o apoio e suporte de outros especialistas como pediatras, sanitaristas, assistentes sociais, nutricionistas, infectologistas e outros que trabalham em cooperação com várias equipes de saúde da família. A necessidade do suporte de tais especialistas é ainda mais importante quando se considera que a maioria dos profissionais médicos atuando na especialidade ainda não teve oportunidade de adquirir formação específica na área.

Em um segundo nível esta coordenação se inicia quando é necessário acionar os recursos do sistema para o atendimento das suas necessidades. As referências para os recursos diagnósticos e terapêuticos, internações,

pareceres à sub-especialidades médicas devem ser acompanhados pelo médico de família e comunidade, que não se desvincula do seu paciente.

Este trabalho em equipe, ou em cooperação com diversos profissionais no nível da APS, ou na relação com os demais níveis do sistema, não significa a transferência ou a diluição de responsabilidades do médico de família e comunidade com o seu paciente. Ao contrário, neste processo de interação com os demais profissionais o médico deve desempenhar sempre o papel de advocacia, isto é avoca, chama à si a responsabilidade desta coordenação. Ele deve sempre lutar pelos interesses e direitos do seu paciente. O termo inglês "accountability"¹ envolve duas dimensões desta responsabilidade. A delegação de poder que lhe é dada de, em nome de outrem, agir de maneira apurada, correta, sem falhas e, além disto, prestar contas de desempenhos e resultados alcançados. Em situações de carência de recursos cabe ainda ao médico de família e comunidade considerar a utilização dos recursos disponíveis não só em termos da necessidade individual mas também da necessidade da comunidade como um todo.

Desenvolve uma abordagem centrada na pessoa, orientada para o indivíduo, a sua família e comunidade;

Ao contrário das demais especialidades que focam o paciente segundo um corpo de conhecimentos particulares, pela condição etária ou de gênero, ou ainda voltado para as doenças ligadas a determinados sistemas orgânicos, a procedimentos e técnicas especiais, a MFC tem como foco de atuação a pessoa. Embora todo médico deva, necessariamente, atuar tendo como referência a pessoa, na MFC este foco é a principal vertente do trabalho e condiciona as suas demais dimensões. Assim pode-se constatar

¹ **Accountability**

"Sob a ótica da Teoria dos Contratos, sempre que alguém (principal) delega parte de seu poder ou direitos a outrem (agente), este assume a responsabilidade de, em nome daquele, agir de maneira escorreita com relação ao objeto da delegação e, periodicamente, até o final do mandato, prestar contas de seus desempenhos e resultados. A esta dupla responsabilidade, ou seja, agir de maneira escorreita e prestar contas de desempenhos e resultados, dá-se o nome de accountability." (Nakagawa {94}, p.19).

esta condição considerando que esta atuação com foco e abordagem na pessoal torna-se singular pelas seguintes razões: a atuação não se funda e não se limita a um problema de saúde potencial ou identificável tecnicamente; quem define o problema é a pessoa; o vínculo médico-paciente não cessa pela cura, fim de um tratamento e pode se iniciar sem que nenhuma doença tenha ainda sido manifestada. É portanto definida como uma relação não associada a uma razão específica o que a torna diferenciada frente às demais especialidades.

Como conseqüência esta abordagem pressupõe o atendimento às necessidades da pessoa de uma maneira muito ampla e indiferenciada, incluindo aquelas não ligadas à ocorrência de sinais e sintomas. Evidentemente que, neste aspecto, não significa, como já citado, que as especialidades não consideram a pessoa na abordagem clínica.

A abordagem centrada na pessoa pressupõe que os contatos que se façam entre o médico e o paciente possam se dar, considerando o conhecimento e a vivência aprofundada dos múltiplos aspectos do indivíduo. Aprimoram-se a confiança e o vínculo, aspectos úteis para a melhoria da saúde. Conhecer a realidade familiar e comunitária do indivíduo potencializa este tipo de foco. Esta resolução se baseia na constatação de que inúmeras doenças não podem ser totalmente compreendidas sem ser vistas em seus contextos pessoal, familiar e comunitário.

Possui um processo de condução da consulta singular, estabelecendo uma relação ao longo do tempo, através de uma comunicação efetiva entre o médico e o paciente;

Os contatos se permitem mais freqüentes devido a uma relação duradoura que se estabelece. Esta característica permite que o processo de consulta, onde se busca o entendimento dos fenômenos patológicos ou dos sofrimentos seja realizado de forma incremental por meio da observação continuada da história natural da doença. É importante este conceito na medida em que se discute qual é a duração da consulta médica que garante a qualidade da assistência. No caso do MFC este tempo pode estar sendo

distribuído ao longo do tempo. Há neste caso uma redução das expectativas e uma flexibilidade maior para a adaptação às mudanças, já que as relações se dão de forma duradoura, o que leva a um conhecimento particular apreendido pela relação permanente com os pacientes. Neste caso o recurso usual de classificação de pacientes em categorias clássicas se mostra ambivalente. A tendência é pensar em termos da singularidade do paciente.

É importante frisar que diagnósticos e condutas em medicina são estabelecidos em termos de generalizações e abstrações. O risco desta abordagem estrita é afastar-se da experiência do paciente e da sua sensação de sofrimento. O desafio do MFC justamente é integrar estes dois tipos de conhecimento: o universal e o particular.

É responsável pela continuidade da prestação de cuidados longitudinais, conforme a necessidade do paciente;

Neste aspecto convencionou-se dizer que o MFC cuida das coisas simples e comuns quando na verdade trata-se do médico responsável por quaisquer dos problemas de saúde que o seu paciente vier a ser acometido. Na eventualidade de ocorrência de doenças raras ou que necessite de investigação intensiva ou tratamento hospitalar em um outro nível de assistência, cabe ao MFC identificá-la precocemente, participando ainda do seu acompanhamento. Isto é freqüente no cuidado aos idosos, quando uma gama de sub-especialidades estão envolvidas pontualmente ou permanentemente. Mesmo quando referido a um tratamento especializado com diversas especialidades a partilhar as decisões, o MFC continua responsável pela coordenação do cuidado.

Possui um processo próprio de tomada de decisões, o qual é determinado pela prevalência e pela incidência da doença na comunidade;

O MFC tem a prática voltada para a análise dos principais problemas de saúde na comunidade. As doenças devem ser analisadas segundo a sua relevância e magnitude assim como os riscos e vulnerabilidades associados, presentes na comunidade. Médicos normalmente pensam mais em termos de pacientes individuais do que grupos populacionais, mesmo quando o médico tem conhecimento da epidemiologia da doença. O raciocínio clínico usualmente não está referido a uma comunidade concreta e delimitada mas a um conjunto de pacientes atendidos. No caso do MFC a preocupação em manter a saúde dos pacientes, prevenindo os seus fatores de risco e controlando as doenças, ao contrário, tem como referencial uma população concreta, cuja responsabilidade pelo acompanhamento é do MFC, independente dos indivíduos terem comparecido ao consultório. Conhecimentos de epidemiologia e de planejamento e programação são requeridos na atuação em APS. Por meio da análise da magnitude dos agravos que ocorrem em sua comunidade e em seu território, a possibilidade do levantamento de hipóteses causais está mais facilitada pelo MFC, que toma decisões a respeito de quais medidas de caráter individual e coletivo, de prevenção ou controle são as mais indicadas. Poderá ainda solicitar estudos epidemiológicos em maior profundidade. A maior efetividade da ação de saúde está relacionada justamente a esta possibilidade da APS em abordar a grande maioria dos problemas de saúde da população referidos ao seu contexto epidemiológico. Para isto o ideal é que o MFC habite no mesmo território de seus pacientes e observar os pacientes em seu ambiente domiciliar e ambiental.²

Neste sentido é importante salientar que o conceito de urgência em APS tem uma nova conotação. Casos urgentes em Atenção Primária se referem muito mais a indivíduos que ainda não foram cobertos pelas ações de prevenção ou rastreados para fins de diagnósticos de doenças e fatores de risco. Este critério de urgência deveria ser um elemento norteador para priorizar novos contatos do médico com os seus clientes. O não conhecimento de toda a sua clientela, de doenças, fatores de risco e

² oikos-casa+ logos-estudo: ecologia: estudo da casa. Conhecendo a casa compreende-se a ecologia da doença. (McWhinney, 1997)

determinantes da doença que possam permanecer ocultos representa uma falha da ação em APS com potenciais prejuízos futuros para a saúde da comunidade.

Gere simultaneamente problemas de saúde agudos e crônicos de doentes individuais.

A formação do MFC deve abranger os cuidados de urgência aos problemas agudos. Há a noção que a confiança e o vínculo que se estabelece com os pacientes nestas situações se fortalece, na medida em que o médico está apto a resolver problemas com alta carga de ansiedade e sensação de desamparo para o indivíduo e a família. Esta atuação potencializa a relação do médico com os seus pacientes e a comunidade. Esta situação é muito distinta da forma como se convencionou, no Brasil, a assistir o paciente agudo: o pronto atendimento. Vale lembrar a definição de Pronto Atendimento Médico como aquele organizado pela procura espontânea; centrado na queixa principal; com baixo grau de utilização de técnicas de investigação clínico-laboratorial e de referência a especialidades médicas; alto grau de utilização de terapêuticas medicamentosas; falta de registro sistemático das informações sobre o paciente; contato pontual ou único do paciente com o médico ou serviço de saúde, sem rotinas e garantias de retorno ou agendamento; falta de vinculação clientela / equipe e clientela / serviço. (Nemes, 1996)

Quanto aos casos crônicos é particularmente importante a promoção, prevenção e cuidado aos pacientes com problemas múltiplos. O MFC pode coordenar a situação muito freqüente de sobreposição de vários especialistas à assistir de forma simultânea os pacientes, protegendo-os contra os excessos e a multiplicidade de condutas e procedimentos não compatíveis entre si. No contexto da tendência mundial de se desospitalizar os cuidados aos pacientes crônicos a atuação do MFC ganha ainda mais relevância.

Promove a saúde e o bem estar através de uma intervenção apropriada e efetiva e *possui uma responsabilidade específica pela saúde da comunidade;*

Todos os recursos disponíveis nos aparelhos sociais e governamentais da comunidade formam uma rede de apoio à atuação em APS, e são parte integrante dos instrumentos que o MFC dispõe em benefício dos pacientes. Assim a coordenação das ações extrapola às medidas e condutas clínicas e devem ser ampliadas para toda e qualquer recurso que possam ser obtidos inter-setorialmente. A busca de cooperação com setores como a educação, a promoção social, o trabalho, o esporte e lazer, os sistemas de serviços básicos como abastecimento de água, coleta de lixo etc é um foco de interesse e indispensável visando a promoção da saúde e o bem estar dos indivíduos. Todo e qualquer contato com o paciente e com a comunidade deve ser uma oportunidade para se enfatizar os aspectos relacionados às formas de organização social, os direitos de cidadania, a dinâmica familiar, os hábitos de vida e os comportamentos que promovam mais saúde e qualidade de vida. A responsabilidade pela saúde da comunidade implica portanto no estabelecimento de compromissos que extrapolam o exercício estrito do ato médico. Pelo aspecto da liderança que exerce o médico na comunidade este deve estar envolvido nas questões que envolvam movimentos que esta faça pela melhoria da qualidade de vida. A promoção em saúde, como já citada, é um campo vasto de possibilidades de atuação do profissional junto à diversos setores sociais, órgãos públicos e diversos movimentos sociais em que o MFC deve-se colocar solidário, ativo e participante nas questões que envolvam a vida social e comunitária. Compromisso, contexto e comunidade são as palavras-chave deste trabalho. Este envolvimento do MFC com as diversas dimensões da vida humana e comunitária nos remete às discussões sobre os questionamentos que se fazem sobre a necessidade da dedicação em tempo integral que deve ser prestado por este especialista. Considerando estas responsabilidades fica claro a necessidade da dedicação exclusiva ao seu trabalho. Neste sentido os sistemas nacionais de saúde tem dado relevância

crescente à esta vertente de atuação da APS, sendo uma das estratégias de se alcançar maior qualidade da assistência, maior satisfação dos clientes e o uso mais eficiente dos recursos

Lida com problemas de saúde em suas dimensões física, psicológica, social, cultural e existencial

A realidade social e cultural do indivíduos é a referência para o trabalho médico na APS. O esforço sistemático de enquadramento e classificação dos clientes em quadros nosológicos pode ser uma tarefa frustrante. Os pacientes se apresentam em sua mais completa dimensão humana, porque estão imersos em sua cultura, contexto e ambiente, trazendo para o MFC toda a dimensão dos problemas e desafios, expectativas e conflitos que se colocam no dia a dia. Além dos processos de adoecimento, estes estão sempre acompanhados de agravos, queixas vagas e incômodos mal definidos a desafiar o MFC a reconhecer, semiologicamente, os aspectos e dimensões bio-psico-sociais dos quadros que se apresentam. Muitas das queixas vagas, padecimentos e carecimentos trazidos são um pretexto e um chamamento para que o profissional se aprofunde em um conhecimento mais abrangente e integral dos processos de saúde e doença. (Rodrigues, 1998). A abordagem familiar representa um desafio a mais. Compreender a dinâmica das relações familiares a impactar sobre a saúde e doença e suas formas de evolução requer uma aguçada capacidade de observação e interação. Em sentido oposto o MFC necessita avaliar o impacto da doença na dinâmica familiar e compreender os múltiplos impactos em termos de sofrimento e outras repercussões sobre as interações familiares. Os papéis representados pelos membros da família, os equilíbrios e desequilíbrios que se estabelecem no núcleo familiar, são parte deste processo.

Em relação ao Brasil, mais especificamente, a SBMFC considera que a Resolução vigente na Comissão Nacional de Residência Médica (anexa a este documento), datada de 2002, da qual foi, inclusive, a proponente, contempla o conceito, os campos de conhecimentos e práticas para a formação do especialista nesta área.

6. Conclusão

Este documento buscou realizar uma revisão sucinta da evolução e o atual consenso sobre a medicina de família e comunidade, enquanto especialidade médica, assim como os princípios e conceitos que devem estar presentes na concepção, planejamento e desenvolvimento de programas de residência médica na área.

No atual contexto da política de saúde, quando a prioridade é dada à atenção primária, a SBMFC entende que tem papel insubstituível na condução dos processos que tenham por objetivo tratar da formação de especialistas em Medicina de família e Comunidade e declara a pertinência do seu interesse em participar de todos os fóruns estabelecidos neste sentido.

Além do objetivo acima descrito, este documento teve por objetivos específicos colaborar para o estabelecimento de estratégias na conformação de programas de residência em MFC, considerando em especial, a realidade e o contexto nacional.

Temos plena convicção de que nossa especialidade é central para o desenvolvimento da APS de qualidade e, neste sentido, procurar colocar em debate a especificidade, a complexidade e a importância deste profissional médico para responder aos atuais desafios do SUS é tarefa urgente.

Considerando o desconhecimento ainda grande no Brasil acerca desta especialidade e a defasagem entre as necessidades de aparelho formador e número de especialistas, é importante que haja uma maior divulgação deste campo de atuação no meio acadêmico, entre gestores e também entre os médicos recém formados. Preocupa-nos, sobretudo, a possibilidade de (re) invenção da roda, perdendo-se com isto um tempo precioso além da possibilidade de alcançarmos um produto final de qualidade inferior ao possível, face à desconsideração dos conhecimentos adquiridos e sistematizados nesta área (que soe acontecer nestes casos), ao longo de mais de 30 anos de história nacional e internacional.

Por fim, vale ressaltar que *“a idéia de que para trabalhar no Campo da Atenção Primária basta disposição, boa vontade, dedicação, conhecimentos adquiridos na graduação e experiência em práticas comunitárias nos parecem argumentos insuficientes para consolidar a especialidade e alcançar uma prática médica qualificada que resulte em um impacto para a saúde a médio e longo prazos”* (Aguilera Campos, 2005).

Em nome da
Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade,

Maria Inez Padula Anderson
Presidente da SBMFC – gestão 2004-2006

SBMFC: www.sbmfc.org.br

Bibliografia

- AGUILERA CAMPOS, CE, Os Princípios da Medicina de Família e Comunidade, Rio de Janeiro, 2005, mimeo, 14p.
- BRASIL, 1999. Manual para a Organização da Atenção Básica. MS, Brasília, 1999. 40p.
- BRASIL, 2004.
http://www.mec.gov.br/sesu/sist_cnrm/apps/inst_especialidades.asp
- Feuerwerker, LCM Mudanças na Educação Médica & Residência Médico Brasil. São Paulo: HUCITEC/REDE UNIDA, 1998
- GEYMAN, John P. Family Practice: Foundation of Changing Health Care. Appleton-Century-Crofts/New York, 1980, 543p.
- IOM Institute of Medicine (IOM - COMMITTEE ON THE FUTURE OF PRIMARY CARE, Defining Primary Care: An Interim Report, National Academy Press, Washington, D.C. 1994. 42pág.
- IOM Institute of Medicine Community Oriented Primary Care. New directions for Health Services Delivery. National Acadmy Press Washington, D. C. 1983. 299pág.
- LEUWENHORST GROUP. A Statement by the working party appointed by 2rd European Conference on the Teaching of General Practice, Leuwenhorst, Netherlands 1974. www.euract.com
- LUCCHESI, Patrícia T. R. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. Ciência e Saúde Coletiva 8(2):439-448, 2003.
- McWHINNEY, Ian R. A Textbook of Family Medicine. Second Edition. Oxford University Press, Oxford, 1997, 448p.
- NAKAGAWA [94], p.19). In: Alonso, Marcos, 1999. Custos no serviço público. Revista do Serviço Público. Fundação Escola Nacional de Administração Pública. Ano 50, n.1 (jan-Mar/1999). Brasília: ENAP.
- POLAK, B. S. History of the Leuwenhorst group. 3rd European Conference on Teaching in General Practice at the, Antwerp, September 1982. www.euract.com

- RAKEL, Robert E. Tratado de Medicina de Família. Guanabara Koogan, 5ª edição, Rio de Janeiro, 1571p.
- SONIS, A . Medicina Sanitária Y Administración de Salud. Buenos Aires: El Ateneo, 1976
- STARFIELD, Barbara. Atenção Primária. Equilíbrio entre necessidades, serviços e tecnologia. Brasília, UNESCO/Ministério da Saúde, 2002. 726p.
- RODRIGUES, R. D.; DEVESA, M. e ANDERSON, M I P Medicina Integral: Princípios, Reflexões e Perspectivas. Mimeo, 1998, 15pág.
- WONCA e OMS. Fazer que a Prática Médica e a Educação Médica sejam mais adequadas às necessidades das pessoas: a contribuição do Médico de Família (Documento de trabalho Conferência conjunta OMS-WONCA realizada em London Ontário Canadá, 1994.
- WONCA A definição europeia de medicina geral e familiar. Wonca Europa. OMS, 2002, 40p.
- ZURRO, A. Martín e PÉREZ, J. F. Cano. Compendio de Atención Primaria. Ed Haucourt, Madrid, 2000, 802p.