

ESPECIALIDADES MÉDICAS - MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

Medicina de Família e Comunidade: um médico para todas as pessoas

Marco Antonio Silva dos Santos

Uma especialidade nova?

Ainda hoje muita gente não conhece esta especialidade o que nos faz imaginar que é uma especialidade nova. Não é tão nova assim. As primeiras residências no Brasil datam de 1976 com o nome de Medicina Geral e Comunitária. A especialidade carregou este nome até 2001, quando mudou para Medicina de Família e Comunidade (MFC), por decisão dos membros da até então Sociedade Brasileira de Medicina Geral e Comunitária, sociedade fundada em 1981.

No mundo, as origens de Medicina de Família têm datas mais antigas. O primeiro treinamento de pós-graduação para os *General Practitioners* (nome usado para a mesma especialidade na Inglaterra) foi em 1948 e as Associações Britânica e Holandesa de *General Practitioners* foram fundadas em 1952.

Da década de 70 até a década de 90, a especialidade teve dificuldades no Brasil, mas a partir de 1994 com a criação do Programa de Saúde da Família (PSF), que depois passou a se chamar Estratégia de Saúde da Família (ESF), a MFC cresceu muito. Com o PSF passou a existir no país um posto de trabalho preciso para o Médico de família e Comunidade (MFC). Nenhuma outra especialização médica oferece habilidades mais adequadas para a função. Além disso, o PSF inaugura uma fase de aumento significativo de recursos destinados à Atenção Primária à Saúde (APS) despertando o interesse dos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS). Com o crescimento do campo e os

desafios de formar profissionais que respondessem à uma atenção à saúde de qualidade, os cursos de graduação foram convocados a transformar seus currículos, aumentando o tempo de formação em APS. Projetos e incentivos financeiros feitos pelo Ministério da Saúde e apoiados pela Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) aumentaram o número de disciplinas e docentes em Atenção Primária nos cursos médicos do país. As residências sofreram movimento parecido e na última década dezenas de residências de MFC foram criadas no país, mas muitas vagas ainda não são ocupadas. Este cenário ajudará a entender a especialidade hoje.

Médico na Prática

Se muita gente nunca ouviu sobre a especialidade, quem conhece tem idéias muito vagas de como é a nossa prática. Imagina-se que é um médico que faz prevenção ou que é o médico de antigamente que vai à casa das pessoas. Isso são aproximações imprecisas. Um bom começo é dizer que o MFC é um clínico! A maior parte de seu tempo de trabalho é dedicado a atender as pessoas em seu consultório.

Atender o quê? Tudo o que paciente demandar. O MFC trabalha com uma comunidade definida. A definição pode ser a partir de um território como é a ESF, ou pode ser uma lista de pacientes como acontece em outros países.

Formado na FMUSP em 2002. Residência de Medicina de Família e Comunidade no Grupo Hospitalar Conceição – Porto Alegre, RS, 2003-2004. Foi médico da ESF, gerente e coordenador de Ensino da UBS Jd Boa Vista, de 2005-2010. Participou dos cursos de graduação de APS I e II e da residência de MFC da FMUSP. Preceptor da Residência de MFC FMUSP, em 2011.

Partindo do exemplo nacional, qualquer necessidade de saúde desta comunidade deve ser avaliada pela equipe e se houver necessidade pelo médico. O MFC, portanto, não diferencia seu atendimento por grupo populacional ou por sistema do corpo humano. Se a criança estiver com sibilos ou não estiver crescendo direito, se uma mulher estiver com corrimento, ou for tabagista e hipertensa e quer um método anticoncepcional, se um idoso teve um AVC e está restrito ao seu lar ou estiver tendo crises de choro e ansiedade o MFC atenderá, conduzirá clinicamente e organizará o seguimento da pessoa. Somos, portanto, um médico geral. Não seria absurdo que fôssemos chamados de clínicos gerais (como acontece na Inglaterra), mas esta expressão historicamente no Brasil denomina o clínico geral de adulto, que em alguns lugares é chamado de Internista.

Esta atenção ampliada é uma característica que traz muita satisfação ao profissional médico especialista em MFC. Para aqueles médicos e futuros médicos que gostam de diferentes áreas da medicina a MFC permite uma atuação que abrange um amplo espectro das disciplinas médicas. O cotidiano também é diversificado. Como exemplo, não é incomum que em um mesmo dia se atenda uma puericultura, se coloque um DIU e se acolha um paciente psiquiátrico que necessite de apoio e medicação.

Além do espectro clínico, o foco da atenção também é ampliado para a condição geral de saúde do paciente. Desta forma uma demanda clínica, qualquer que seja, é identificada dentro do contexto de vida em que ela surgiu com atenção aos valores pessoais, familiares e culturais. O sofrimento trazido pelo paciente melhor contextualizado é melhor compreendido e faz mais sentido para o profissional e para o próprio paciente. Ao reconhecer estas dimensões do sofrimento e desenvolver competências que as abordem, o Médico de Família e Comunidade consegue buscar planos terapêuticos mais cuidadosos e singulares que aliviem o sofrimento em dimensões fisiopatológicas e simbólicas. Os pacientes que atendemos reconhecem e verbalizam com frequência esta característica positiva do cuidado oferecido.

Estas competências não são exclusivas do MFC. No entanto, características de seu trabalho como fazer visitas domiciliares, grupos comunitários, conhecer a família e o bairro do paciente potencializam muito estas competências. A formação do MFC tem grande parte do conteúdo direcionado à abordagem do paciente, à comunicação e conteúdo de humanidades relacionado à saúde.

Especialidade Estratégica

Com tamanha variedade de situações clínicas descritas acima seria impossível atender com competência todas as condições patológicas. É imprescindível para o MFC pedir apoio a outros especialistas. Como médico da APS responsável pela porta de entrada do sistema, é papel do MFC definir quando o paciente necessita de competências médicas ou tecnológicas dos níveis de atenção secundário e terciário. O contrário também é verdadeiro. O MFC deve saber quando não encaminhar o paciente ao especialista. Não devemos, por exemplo, acionar um recurso desnecessário que pode ser imprescindível para outro paciente. Além disso, se o valor preditivo positivo da condição que o paciente apresenta for muito baixo, ou seja, a chance do paciente ter uma doença é pequena, o encaminhamento desnecessário a exames e especialistas pode produzir danos ao paciente, pois aumenta a possibilidade de falso-positivos, intervenções e tratamentos desnecessários.

O trabalho do MFC e das demais especialidades, portanto é complementar. Estudos mostram que o MFC consegue resolver com competência 80% dos problemas que se apresentam em uma comunidade. Cerca de trinta diagnósticos correspondem a 50% dos motivos mais comuns de atendimento fazendo com que o MFC tenha expertise nas situações mais prevalentes de saúde da população. O MFC é o especialista médico de referência mais próximo do paciente na maioria das vezes, mesmo que o paciente esteja acompanhando em um ambulatório terciário. O trabalho conjunto do especialista do nível terciário com o MFC acolhendo intercorrências precocemente encaminhando ou manejando os problemas em acordo com o plano terapêutico definido na referência potencializa muito a resolutividade e o custo do cuidado. O desenvolvimento de uma relação duradoura que leva a um compartilhamento de diferentes momentos da vida da pessoa contribui para satisfação profissional também.

Os sistemas de saúde de países que são majoritariamente públicos e com forte investimento em APS tem 30 a 40% de seus especialistas formados em MFC. Em geral estes países se destacam com bons indicadores de saúde.

Condições de Trabalho

Hoje no Brasil, o principal campo de trabalho é a ESF. Neste momento este é um campo imenso de trabalho. Faltam médicos para ocupar vagas e o MFC pode escolher trabalhar em praticamente

qualquer cidade do Brasil: regiões metropolitanas ou zona rural, litoral ou interior. Esta possibilidade, de fato, é dada a qualquer médico, mas a formação em MFC permite ao profissional ter ferramentas adequadas para o trabalho, apoiar o desenvolvimento da gestão local, e se inserir e desenvolver atividades de ensino. Muitas universidades e programas de residência necessitam de assistentes e docentes. Ainda há poucos MFC com mestrado e doutorado. Há uma tendência de aumento de vagas para docentes que tenham formação em APS e MFC. Apesar de importante crescimento a especialidade ainda é pouco compreendida e valorizada pela maioria dos médicos,

Vantagens do regime de trabalho das ESF são horários definidos sem plantões. A carga horária é de 40 horas semanais na maioria das vezes, mas recentemente regimes de 20 e 30 horas são permitidos o que aumenta a flexibilidade do trabalho.

Os salários giram em torno de 10 mil reais por mês variando entre 5 a 17 mil eventualmente.

Desvantagens do campo de trabalho é que não temos muitos lugares onde existam planos de carreira ou onde a evolução técnica do profissional seja recompensada com aumento de salário e condições de trabalho.

Como o principal campo de trabalho é o SUS parte os rumos do trabalho está atrelado às políticas de saúde locais e nacionais. Como contraponto, com a dificuldade crescente da prática liberal da medicina, as condições de trabalho no SUS são muitas vezes melhores que as práticas mercantilizadas dos convênios onde o volume de consumo de produtos da saúde estão atreladas a remuneração do médico. Estas condições, no meu entender, levam a diminuição da qualidade técnica do trabalho médico e principalmente diminuição da satisfação profissional.

A prática do MFC fora do SUS existe, mas é ainda incipiente no país. Alguns MFC têm consultórios particulares, os convênios ainda não oferecem este especialista de forma rotineira. Existem experiências pontuais como a da CASSI, plano de assistência à saúde dos funcionários do Banco do Brasil que oferecem o MFC como possibilidade para seus usuários.

Enfim, ser Médico para quê?

Para encerrar, faço aqui uma reflexão bastante pessoal da especialidade, que não deve ser entendida necessariamente como representante do

conjunto de especialistas em Medicina de Família e Comunidade.

Em aulas e conversas com alunos de graduação e residência sempre recoloço a pergunta: **qual a finalidade da prática médica?** Ouso sugerir uma resposta simples que não se pretende original: **aliviar sofrimento e evitar que ele se instale** (o que inclui tratamento, prevenção e promoção). Esta resposta aponta para a importância da dimensão humana dos profissionais de saúde, e especificamente do médico. Se acreditarmos nisso, nossas trajetórias profissionais deveriam buscar este fim. No entanto, no furacão do mundo em que vivemos rodopiam nossos desejos e necessidades que facilmente tomam outro rumo. São inúmeras as situações profissionais em que o acesso ao alívio das dores humanas é regulado pelo preço e acabam por levar a uma excessiva mercantilização do cuidado, ou seja, o acesso ao cuidado é regulado pela necessidade de vender produtos médicos e não pela necessidade (de quem sofre ou cuida) de sanar o sofrimento humano.

Não se trata aqui de considerar o profissional de saúde um missionário, mas, é sim, questionar quais são os limites da relação entre lucro e cuidado. É, também, questionar qual o limite da concentração de recursos na «saúde», um setor da sociedade que é, pela Constituição Brasileira, direito de todos e não privilégio de alguns. Considerando público um sistema que garanta acesso indistinto, universal e equânime aos serviços essenciais de proteção da vida. A construção de um sistema público de saúde de qualidade, ainda que dependa de fatores políticos e econômicos complexos, não se fará sem médico e não se fará sem o desejo dos médicos. Independente da especialidade a maneira como cada médico empenha seu trabalho imprime um vetor (significativo pela força de nossa profissão) para como nós, sociedade, cuidamos da saúde de todos e cada um. Cada médico é parte de um sistema do cuidado de seu paciente. Nenhum profissional se «resolve» no trabalho individual.

A Medicina de Família e Comunidade traz perspectivas interessantes que contribuem para prática médica de todas as especialidades tanto na sua forma de abordar o paciente quanto na possibilidade de integrar as especialidades num sistema com acesso universal, com uso racional dos recursos e implicado no alívio do sofrimento humano. Hoje ela não responde às aspirações profissionais da maioria dos médicos, mas vem permitindo trajetórias médicas muito dignas e recompensantes nas dimensões pessoal e social da profissão. Compreender sua contribuição para a

qualidade do cuidado individual e coletivo, optar por ela, respeitá-la e incentivá-la é passo importante para uma organização da atenção à saúde que remonta às razões pelas quais escolhemos tão importante profissão.

REFERÊNCIAS

Dutch College of General Practitioners [cited 2012 Apr. 1]. Available from: <http://www.nhg.artsennet.nl>.

Royal College of General Practitioners [cited 2012 Apr. 1].

Available from: <http://www.rcgp.org.uk>.

Sociedade de Medicina de Família e Comunidade [citado em 1 abr. 2012]. Disponível em: <http://www.sbmfc.org.br>.

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2004.

Starfield B. Is primary care essential? *Lancet*. 1994;344:1129-33.

Takeda S. A organização de Serviços de Atenção Primária à Saúde. In: Duncam B, et al. *Medicina ambulatorial: condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidência*. 3a ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.