OS PRINCÍPIOS DA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

The principles of Family and Community Medicine

Carlos Eduardo Aguilera Campos[1]

Resumo
A consolidação da especialidade medicina de família e comunidade é uma condição essencial para garantir a implementação e o fortalecimento das atuais diretrizes da Atenção Básica e da Saúde da Família no Brasil. Apesar do recente aumento da oferta de programas de residência em medicina de família no país, a procura por parte de médicos recém-formados permanece relativamente baixa. Este artigo faz uma revisão da literatura internacional buscando descrever o histórico e as bases conceituais que fundamentaram o surgimento desta especialidade. As principais características do perfil e do trabalho deste especialista também são analisadas. Visa-se, assim, estimular o debate sobre o tema na comunidade acadêmica e entre os profissionais e gestores da área de saúde.
Palavras-chave: Programa Saúde da Família; Medicina de Família, Atenção Primária a Saúde; Brasil.

Abstracts
The consolidation of Family and Community Medicine as a specialty is an essential condition to assure the implementation and strengthening of the current Basic Care and Family Health directives in Brazil. In spite of the recent increase in the offer of Medical Residency programs in the country, the demand for this specialty by new doctors remains relatively low. This article reviews the international literature and seeks to describe the history and the conceptual basis that gave rise to this specialty. The main characteristics of this specialist's work and profile are also analyzed, with the objective of stimulating debate about the issue in the academic community and amongst health professionals and managers.
Key words: Health Family Program**;** Family Practice; Primary Health Care; Brazil.

1 INTRODUÇÃO

As propostas de reformulação da Atenção Básica no Brasil, por parte do Governo Federal, estados e municípios prevêem a instalação de 40 mil equipes de Saúde da Família. Para garantir o cumprimento deste objetivo, estratégias terão que ser traçadas para que, de forma sustentada, haja disponibilidade de pessoal para este trabalho. O profissional médico é considerado um recurso crítico, podendo colocar em risco este objetivo. De fato, o processo de implantação das Equipes e Unidades de Saúde da Família, iniciado em 1993, se realizou em descompasso com a estruturação e o

[1] Prof. Adj. FM-NESC/UFRJ. Coord Saúde Coletiva CBM-UGF
Doutor em Medicina Preventina FM-USP
Endereço: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva.
Hospital Universitário Clementino Fraga Filho 5º andar. Assessoria de Planejamento Av Brigadeiro Trompowski, Cidade Universitária, Iha do Fundão, CEP:20930-000 - Rio de Janeiro, RJ - Brasil
Telefone: (21) 25626212 E-mail: cadu@vetor.com.br

fortalecimento da especialidade médica mais adequada para realizar este trabalho: o médico de família e comunidade. Atendendo de forma reativa a necessidade de formação deste especialista, as universidades e serviços ligados às secretárias de saúde já conseguiram credenciar, junto à Comissão Nacional de Residência Médica, quinhentas bolsas de especialização nesta modalidade, incluindo o primeiro e o segundo ano de residência.

Cumpre aqui destacar os esforços do Ministério da Saúde na implantação de programas de residência multi-profissional em saúde da família, incluído aí o profissional médico. A crescente oferta no número de vagas pode ser considerado um esforço importante do aparelho formador, considerando que a medicina geral comunitária, antecessora da especialidade em questão, tinha sofrido um grande esvaziamento em meados da década de oitenta, em decorrência da pouca prioridade dada pelas políticas de saúde, então vigentes, a este especialista.

Os dados referentes aos residentes efetivamente em formação, no ano de 2004, revelam, porém, uma situação pouco satisfatória. Segundo informações do Ministério da Educação, estão cursando as residências na especialidade 125 indivíduos, ocupando apenas 20% das vagas ofertadas, incluídos o primeiro e o segundo ano.(BRASIL, 2004) Caso esses números não sejam fruto de sub-notificações, conclui-se que, apesar do aparelho formador estar respondendo de maneira mais ágil à necessidade de novos profissionais, a percepção e a adesão dos recém-formados sobre as necessidades da estratégia da Saúde da Família podem ser consideradas ainda muito baixas, ainda mais quando se considera o número de egressos das escolas de medicina, as ofertas de trabalho na Saúde da Família e a grande divulgação desta estratégia na mídia e no meio acadêmico. Mesmo sendo prematuro levantar hipóteses para as causas desta situação, esta pode indicar uma dificuldade, por parte dos estudantes de medicina, em discriminar e valorar os atuais desafios e necessidades do SUS diante da pressão e do fascínio que o complexo médico industrial, cada vez mais diverso e tecnologicamente sofisticado e dinâmico, exerce sobre o imaginário dos profissionais de saúde. (LUCCHESE, 2003) Outra causa pode estar relacionada ao pouco conhecimento desta especialidade médica.

Este trabalho realiza uma revisão bibliográfica que tem como objetivo 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. Busca-se,

assim, fomentar o debate sobre a necessidade de estruturação e desenvolvimento da formação graduada e pós-graduada em medicina de família e comunidade.

2 O CAMPO DE ATUAÇÃO DA MEDICINA FAMILIAR: A ATENÇÃO PRIMÁRIA

Apesar do termo médico geral (general practitioner) ser secular, relacionado à prática médica realizada na Inglaterra, somente após a Segunda Guerra tornou-se a pedra angular do Sistema Nacional de Saúde naquele país, no início dos anos cinqüenta do século passado.

Suas características básicas estavam relacionadas à idéia de se alcançar os pacientes precocemente no ambiente domiciliar, provendo cuidados contínuos, incluindo a prevenção das doenças, fossem elas de natureza mental ou física.

Nos EUA, a Medicina Geral alcançou o seu apogeu nos início dos anos 40. À época, os médicos gerais representavam oitenta por cento de todos os profissionais em atividade. O declínio da prática geral está relacionada ao avanço científico da prática médica e à mudança do ensino médico proposto pelo relatório Flexner. A origem das discussões e críticas sobre o declínio acentuado desta especialidade reportou-se ao movimento da Medicina Comunitária, que se insurge contra a hiperespecialização e como uma forma de resistência à ênfase dada ao modelo Flexneriano, que preconizava o estudo científico e parcializado do paciente estritamente no ambiente dos hospitais universitários. Aquele movimento, ao contrário, tinha uma preocupação com as demandas psicossociais dos pacientes e se constituiu em um movimento dentro das escolas médicas. Pressupunha-se que a prestação de cuidados de saúde aos indivíduos se desse em seu contexto epidemiológico e social. Assim se impunha o conhecimento das condições e necessidades de saúde e o seu manejo por meio de métodos e intervenções apropriadas sobre populações definidas e conhecidas.

O termo medicina familiar irá se fortalecer nos EUA, neste movimento de estruturação de uma nova especialidade, em oposição, e como uma reação à fragmentação gerada pelo incremento no número de especialidades e sub-especialidades médicas. Em um intervalo de 100 dias, no ano de 1966, quatro relatórios lançaram as bases para a criação da nova especialidade: The National Commission Health Services

(Folsom Commission), Citizens Commission on Graduate Medical Education (Millis Commisision Report), The report of the Ad Hoc Committee on Education for Family Practice of Council on Medical Education (Willard Report), The report of The Committee on Requirements for Certification of the American Academy of General Practice. Todos eles criticavam a hiperespecialização e propunham mudanças no ensino médico. O Millis Report enfatizava que, no mundo acadêmico, é costume se premiar o conhecimento aprofundado e especializado em detrimento do saber integral a respeito de campos e áreas mais abrangentes da ciência. Talvez estas atitudes sejam próprias entre cientistas, uma categoria que considera mais honrados aqueles homens que alargam as fronteiras do conhecimento. Mas em medicina, apesar de intimamente baseada na ciência, a aplicação é que deve ser considerada mais importante.

Com o declínio do número de médicos clínicos gerais, em meados dos anos sessenta do século passado, foi estimulada a criação de residências em medicina de família, além de medicina interna e pediatria. Em 1970, o percentual de especialistas já era de 80% do total de médicos. Aqueles que militavam no campo da clinica médica defenderam, portanto, uma solução aparentemente paradoxal com relação à luta contra a hiperespecialização: a criação de uma nova especialidade. Em 1971, a Academy of General Practice passa a ser denominada American Academy of Family Physicians. Na Europa, o movimento pelo renascimento da Medicina de Família se fortalece a partir desta mesma época. Em 1970, acontece a I European Conference in the Teaching of General Practice, em Bruxelas, que enfatiza as mesmas críticas e sugestões dos colegas norte-americanos. 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 na Europa. 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 a prática geral na formação de graduação. A terceira declaração aborda o tema da educação continuada. O processo de unificação européia reforça a necessidade de uniformização da formação graduada e pós-graduada. As discussões sobre este tema têm enfatizado a necessidade de que todos os países adotem programas de pós-graduação, na modalidade de residência médica, em medicina de família. Sobre este assunto, o Grupo de Leeuwenhorst, reunido em 1979, faz a

seguinte afirmação: todos os países deveriam produzir generalistas nos quais o povo possa ter completa confiança e isto não poderia ser alcançado sem que a qualidade e a duração do treinamento sejam comparadas com outros clínicos.

Uma nova vertente técnica e política para motivar o crescimento do interesse por esta especialidade foi o movimento da Atenção Primária à Saúde. Tanto é assim que, atualmente, existe um consenso, reconhecido mundialmente, tanto entre as corporações nacionais quanto as internacionais, que a Atenção Primária é o campo específico do trabalho a ser desenvolvido por este especialista.

O termo Primary Care (Atenção Primária) foi introduzido em 1961, por White, e apontou para a necessidade de médicos generalistas na era da especialização.

Contribuíram, ainda, para a ampliação do conceito de Atenção Primária e, por conseguinte, para a ampliação do papel do médico de família e comunidade dois movimentos históricos: a reformulação do sistema de saúde canadense, implantado a partir do informe Lalonde[2], de 1974, e as discussões de representantes de vários países no âmbito da Organização Mundial da Saúde, que gerou o movimento da Atenção Primária à Saúde (APS), e que culminou com a realização da Conferência de Alma Ata, em 1978. É importante frisar que o contexto histórico em que surgiram estas propostas foi marcado pela crescente urbanização, pelo crescimento populacional e pela desigualdade. Os governos estavam sendo chamados a buscarem estratégias de aumento da cobertura de seus sistemas de saúde com a otimização de custos e melhoria dos indicadores de saúde e doença. A OMS, a partir de Alma Ata, definiu a Atenção Primária como assistência essencial, baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundados e socialmente aceitáveis, postos ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação, a um custo que a comunidade e o país possam suportar em todas e cada uma das etapas de seu desenvolvimento com um espírito de auto-responsabilidade e auto-determinação. A APS é parte integrante do Sistema Nacional de Saúde, que constitui a função central e o núcleo principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o Sistema Nacional de Saúde, levando o mais próximo possível a atenção à saúde no lugar onde residem e trabalham as pessoas, constituindo o primeiro elemento de um processo permanente de assistência à saúde. (ZURRO, 2000) Nota-se, portanto, que o termo Primário, nas duas definições

[2] Lalonde era o então Ministro da Saúde do Canadá que enfatizou a importância da Promoção da Saúde e Prevenção das Doenças (NR)

acima citadas, tem primordialmente um sentido de principal, essencial, central e fundamental e não um sentido cronológico de primeiro nível ou primeiro contato.

A partir daí e progressivamente, novas definições e abordagens conceituais foram sendo agregadas ao longo da história, sem uma oposição entre elas, como por exemplo: i) tipo de cuidado prestado por determinados médicos (médico de família, médico internista, médico generalista, pediatra, gineco-obstetra); ii) conjunto específico de ações relacionadas à assistência de doenças ou afecções mais comuns; iii) nível de assistência do sistema de saúde, considerada de primeiro nível; iv) porta de entrada ou primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde; v) estratégia de reorganizar o sistema de saúde por meio do enfoque comunitário, com prioridade de alocação de recursos na comunidade em lugar de hospitais; vi) conjunto de atributos gerenciais que garantem a acessibilidade, a integralidade, a coordenação, a continuidade e a responsabilização do cuidado à saúde.(STARFIELD, 1992)

Os órgãos governamentais e as sociedades médicas e científicas têm buscado consensualmente definir o termo Atenção Primária em termos de campo de atuação do Médico de Família e Comunidade. O Institute of Medicine (IOM) definiu, em documento oficial, a Atenção Primária como a provisão de cuidados de saúde de forma integrada e acessível por clínicos que estão responsáveis em atender a grande maioria das necessidades de saúde das pessoas desenvolvendo a parceria sustentada com os pacientes e desenvolvendo sua prática no contexto familiar e comunitário (IOM, 1994). Sob a denominação de Atenção Básica, setores do Ministério da Saúde do Brasil estiveram também empenhados em definir a Atenção Primária no contexto da reformulação do Sistema Único de Saúde. Sua definição é a mais abrangente possível, situando-a como reestruturante do sistema de saúde e *locus* privilegiado para a garantia da integralidade da assistência. Esta foi definida como um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 1999).

3 OS PRINCÍPIOS DA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

Até muito recentemente, a Medicina Familiar e Comunitária (MFC) era definida segundo as características do trabalho que desenvolvia. A definição de princípios da Medicina Familiar, considerada como uma disciplina, só começou a ser esboçada

recentemente pela Seção Européia da World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA, 2002).

Como já referido anteriormente, convencionou-se considerar o campo disciplinar da MFC a APS. Importa aqui explorar as diversas definições, expostas em termos de característica da prática médica, desde a década de setenta para a especialidade em questão. Como já citado, 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, no 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 de seus pacientes e respectivas famílias. Reconhecerá que também tem uma responsabilidade profissional para com a comunidade (LEUWENHORST GROUP, 1977, p.1)

Foram ainda descritas 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 iniciam sua prática clínica:

1. Conhecimentos

a. *O processo de adoecimento, particularmente das doenças comuns, crônicas e aquelas com risco de sérias complicações ou conseqüências para a vida.*
b. *As oportunidades, métodos e limites da prevenção, diagnóstico precoce e condutas em atenção primária.*
c. *Entendimento da forma de como as relações familiares podem 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 da 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 e psicológico, bem como os fatores sociais.*
b. *Uso da epidemiologia no dia- a-dia.*
c. *Uso do fator "tempo" como ferramenta para diagnóstico, terapia e organização.*
d. *Identificar pessoas portadoras ou em situação de risco e desenvolver ações apropriadas.*
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 e 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 possam 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 de que ajudar os pacientes a resolverem 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* (LEUWENHORST, 1977. p. 3-4).

A partir da década de noventa, a sessão européia da WONCA para a se dedicar à formação de um consenso europeu sobre uma definição da especialidade. Isto é particularmente importante em um contexto de livre circulação de médicos na zona do Euro e as implicações desta nova realidade nos sistemas nacionais de saúde. Em uma série de encontros foram estudadas e apresentadas as características específicas da prática geral como uma especialidade e as condições para o seu desenvolvimento. Foi produzido, inicialmente, como um documento preliminar em 1994. Após consultas aos países membros, novas versões foram aprimoradas até a versão final, adotada em março de 1998. Ratificado, em 2002, como documento oficial da WONCA e denominado *"A definição européia 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, e não mais como um conjunto específico de práticas. Neste documento estão os princípios que devem nortear o desenvolvimento da especialidade. A seguir são apresentadas as principais resoluções 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 (WONCA, 2002. p. 9).

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 de 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 acarreta, 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 (WONCA, 2002. p. 9).

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, o auxiliar de enfermagem, o enfermeiro e a equipe de saúde bucal. Há, ainda, em muitos municípios, o apoio e o 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 não teve 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 a 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 advogado, isto é, avoca, chama a si a responsabilidade desta coordenação. Ele deve sempre lutar pelos interesses e direitos do seu paciente. O termo inglês "accountability"[3] 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 disso, 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* (WONCA, 2002, p. 10).

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 atuar, necessariamente, 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 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

---

[3] 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, 1994, p.19).

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 médico e 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 serem vistas em seu contexto 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.* (WONCA, 2002. p.10).

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* (WONCA 2002, p. 10).

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* (WONCA 2002, p. 10).

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, de planejamento e de 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 de abordar a grande maioria dos problemas de saúde da população referente ao seu contexto epidemiológico. Para isso, o ideal é que o MFC habite no mesmo território de seus pacientes, observando os pacientes em seu ambiente domiciliar e ambiental.[4]

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 sua clientela, de doenças, de fatores de risco e de 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* (WONCA, 2002, p. 11).

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 referenciação 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

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

de retorno ou agendamento; falta de vinculação clientela / equipe e clientela / serviço (NEMES, 1996).

Quanto aos casos crônicos, é particularmente importante a promoção, a prevenção e o cuidado aos pacientes com problemas múltiplos. O MFC pode coordenar a situação muito freqüente de sobreposição de vários especialistas a 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* (WONCA, 2002, p.11).

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 de que o MFC dispõe para benefício dos pacientes. Assim, a coordenação das ações extrapola as medidas e condutas clínicas e deve ser ampliada para todo e qualquer recurso que possa ser obtido inter-setorialmente. A busca de cooperação com setores como a educação, a promoção social, o trabalho, o esporte e o lazer, com os sistemas de serviços básicos como abastecimento de água, coleta de lixo etc é um foco de interesse 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, aos direitos de cidadania, à dinâmica familiar, aos hábitos de vida e aos 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, ele deve estar envolvido nas questões que envolvam movimentos que a própria comunidade 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 a diversos setores sociais, órgãos públicos e 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 a discussões sobre os questionamentos que se fazem sobre a necessidade da dedicação em tempo integral a ser prestado por este especialista. Considerando estas responsabilidades, fica clara a necessidade da dedicação exclusiva ao seu trabalho. Neste sentido, os sistemas nacionais de saúde têm dado relevância crescente a 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* (WONCA, 2002, p. 11).

A realidade social e cultural dos 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, 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 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 impactando 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.

5 CONCLUSÃO

Este trabalho 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 a embasam. No atual contexto da política de saúde, quando a prioridade dada à atenção básica está a exigir um número cada vez maior de profissionais com formação em medicina de família e comunidade, é importante que haja maior divulgação deste campo de atuação no meio acadêmico e entre os médicos recém-formados. Procurar colocar em debate a especificidade, a complexidade e a importância deste profissional médico para responder aos atuais desafios do SUS é tarefa urgente. A Atenção Básica de qualidade implica na discussão, pelo aparelho formador, da natureza e desafios da especialização do recurso médico voltados para prestar uma atenção primária à saúde de qualidade. Este esforço deve estar na pauta de prioridades de todos os setores envolvidos no fortalecimento do SUS, uma vez que torna-se cada vez mais um consenso em todo o mundo que a saúde da população depende mais da disponibilidade de uma boa atenção primária à saúde do que de avanços dos recursos técnicos e científicos presentes nos hospitais. Espera-se que esforços no sentido de problematizar a formação de recursos deste campo de saber sejam aprofundados. 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 parece argumentos insuficientes para consolidar a especialidade e alcançar uma prática médica qualificada, que resulte em um impacto para a saúde a médio e a longo prazo.

6 REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual para a organização da Atenção Básica**. Brasília, 1999. 40p.

BRASIL. Ministério da Educação. Sistema da Comissão Nacional de Residência Medica. Especialidades. 2004. Disponível em: <http://www.mec.gov.br/sesu/sist cnrm/apps/inst _ especialidades.asp> Acesso em: jun 2005.

GEYMAN, J. P. **Family practice**: Foundation of Changing Health Care. New York: Appleton-Century-Crofts, 1980. 543p.

IOM Institute of Medicine (IOM - COMMITEE ON THE FUTURE OF PRIMARY CARE**. Defining primary care:** an interim report. Washington, DC: National Academy Press, 1994. 42 p.

IOM Institute of Medicine. Community Oriented Primary Care**. New directions for health services delivery.** Washington, DC.: National Acadmy Press, 1983. 299p.

LEUWENHORST GROUP. A Statement by the working party appointed by 2*rd* European Conference on the Teaching of General Practice. Leuwenhorst, Netherlands 1974. Disponivel em: < www.euract.com>. Acesso em: jun. 2005.

LEUWENHORST GROUP. The Contribution of the General Practitioner to Undergraduate Medical Education.1977. Disponivel em: < www.euract.com>. Acesso em: jun. 2005.

LUCCHESE, P. T. R. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. **Ciência Saúde Coletiva,** v. 8, n. 2, p. 439-448, 2003.

McWHINNEY, I. R. **A Textbook of Family Medicine**. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press, 1997. 448p.

NAKAGAWA (1994). apud ALONSO, M. Custos no serviço público**. Rev Serviço Público**, Brasília, v. 50, n.1, p. 34-39, jan./mar. 1999.

OMS. WONCA. **Fazer que a Prática Médica e a Educação Médica sejam mais adequadas às necessidades das pessoas: a contribuição do Medico de Família.** In: CONFERÊNCIA CONJUNTA OMS-WONCA, 1994, Ontário Canadá.

PEREIRA-GRAY D, Forty-seven minutes a year for the patient**. Br J Gen Pract**., London, v. 48, n. 437, p. 1816-1817, Dec. 1998.

POLAK, B. S. History of the Leuwenhorst group. In: 3rd European Conference on Teaching in General Practice at the, Antwerp, September 1982. Disponivel em: < www.euract.com >. Acesso em jun. 2005.

RAKEL, R. E. **Tratado de Medicina de Família**. 5a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997. 1571p.

SCHRAIBER, L; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. **Saúde do adulto**: programas e ações na Unidade Básica. São Paulo: Hucitec, 1996. 289 p.

SOCIEDADE ESPAÑOLA DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA. **Perfil profesional básico del médico de familia**. Barcelona, 1994. 26p. (Documento 4)

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária:** equilíbrio entre necessidades, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002. 726p.

RODRIGUES, R. D.; DEVESA, M.; ANDERSON, M. I. P. **Medicina integral:** princípios, reflexões e perspectivas. [s.l.: s;n.] 1998. 15p.

WHITE, K. L.; WILLIAMS, T. F,; GREENBERG, B. G. **The ecology of medical care.** N. Engl. J. Med, v.265, p.885-892d, 1961.

WONCA. A definição europeia de medicina geral e familiar**.** Barcelona: Wonca Europa. OMS, 2002, 40p. Disponível em: <http://www.woncaeurope.org>. Acesso em: 01 jun. 2005.

WONCA. Foro de Acción Estratégica OMS-WONCA. Disponible em: < www.sobramfa.com.br> Acesso em: 01 jun. 2005

ZURRO, A.; MARTÍN E PÉREZ, J. F. C. **Compendio de atención primaria**. Madrid: Editora Haucourt, 2000. 802p.

Submissão: junho de 2005
Aprovação: outubro de 2005