A CURA ESTÁ NOS MÉDICOS DE FAMÍLIA

| POR LUIZ FERNANDO NICZ

O Brasil tem um sistema de saúde baseado na automatização da relação médico-paciente e com custos acima da inflação. Como combater esses males?

Desde o Iluminismo, o uso crescente da ciência para a cura dos males que afetam nosso corpo humano vem tornando nossa crença em Deus secundária à fé nos novos “deuses”: os médicos – e as indústrias de insumos, materiais, medicamentos e equipamentos que os acompanham. Os médicos retribuem-nos com vigor, com prescrições para todos os momentos de nossa vida: do nascer, predominantemente em um hospital e por cesariana; passando pelo viver, por meio de *check-up* anual e de exames solicitados não como apoio ao diagnóstico clínico, mas como diagnósticos; até o morrer – em uma unidade de terapia intensiva (UTI), com seu corpo ligado a *n* aparelhos, recebendo *n* infusões venosas, assistido por *n* profissionais... e longe da família.

É a medicalização da existência, tendência já apontada pelo filósofo Michel Foucault na década de 1960, pelo pensador Ivan Illich e pela socióloga Cecília Donnangelo na de 1970 e hoje característica central das sociedades humanas

desenvolvidas. Nessa época pós-moderna, coisas, serviços, pessoas, tudo foi e é transformado em objeto de desejo para ser consumido, e a prática médica não escapou dessa transformação: de artesanal a *prêt-à-porter*. Foi progressivamente verticalizando-se em incontáveis especialidades, apoiadas em um pesado arsenal tecnológico – procedimentos diagnósticos e terapêuticos.

PLANOS DE SAÚDE: OBJETO DE DESEJO DOS BRASILEIROS

Em 2015, a revista *Veja* publicou a seguinte pesquisa: planos de saúde – organizadores das práticas médicas no nosso Sistema Suplementar de Saúde – são o terceiro maior desejo dos brasileiros, perdendo apenas para educação e casa própria! O anseio é pelo que os planos prometem: médicos de todas as especialidades, laboratórios e clínicas de radiologia e imagem à vontade, hospitais para todos os gostos. Ou seja, os 75% dos cidadãos brasileiros que não têm plano o cobiçam para consumir o que ele promete. Assim, o Sistema Único de Saúde (SUS) acaba sendo o plano dos cidadãos

que (ainda) não têm plano. Criamos mais uma jabuticaba: um sistema de saúde universalista na teoria, não na prática; um modelo que se organiza em um processo contínuo de “universalização excludente”, termo criado em 1990 pelos pesquisadores Paulo Faveret Filho e Pedro de Oliveira.

No Brasil, planos de saúde custam muito pelo que entregam, especialmente quanto à relação médico-paciente e à continuidade do cuidado. Sua base é constituída por médicos especialistas cada vez mais verticais (termo usado pelo professor da Universidade de São Paulo – USP – Dr. Dario Birolini), por vezes mais preocupados com o órgão doente da pessoa do que com a pessoa doente que tem o órgão. É um problema característico de sistemas de saúde ditos fragmentados.

Anos atrás, um sobrinho meu queixou-se de dores na “sola” de seu pé direito. Levado a um ortopedista infantil, da lista de médicos de seu plano de saúde e referência na especialidade, foi constatado pequeno tumor de consistência semissólida para cística. Ressonância nuclear magnética mostrou imagem com aspecto de câncer muscular, confirmada por radiologista nos Estados Unidos. Marcada a cirurgia, na antessala do centro cirúrgico os pais e familiares aguardavam com “cara de enterro”. Meia hora depois do início da cirurgia, o ortopedista chamou-me para comunicar que encontrara um cisto sinovial benigníssimo. Dias depois, comentando o fato com amigo meu, ortopedista em cidade do interior do Paraná, ele me disse: como na minha cidade não há ressonância e eu sou um ortopedista “caipira”, na primeira consulta eu já teria punccionado o tumor e, vindo líquido claro, teria feito diagnóstico de cisto sinovial.

FRAGMENTADOS SISTEMAS BRASILEIROS DE SAÚDE

Criam-se, nesse sistema, mais e mais serviços, nem sempre coordenados por tipos e níveis, nem sempre garantindo a continuidade dos cuidados.

Em um mundo líquido, como dizia o sociólogo Zygmunt Bauman, composto de uma sociedade humana conectada por mídias instantâneas, não é de surpreender que o serviço de saúde mais procurado e valorizado seja o pronto atendimento (PA). Em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do SUS, ou no PA de um hospital privado, apenas 10% dos atendimentos são classificados como “muito urgentes” ou como “emergência”. Um médico desconhecido atende a um paciente desconhecido para cuidar de um problema de

saúde quase sempre de resolução básica, própria de médicos de família. O paciente desconhecido aparece, é tratado, recebe alta e desaparece do radar do médico desconhecido e do sistema.

Nos consultórios dos especialistas verticais, qualquer médico pode atender a qualquer cliente do plano de saúde, que procura tantos profissionais da mesma ou de outra especialidade quantos entenda necessário. Como consumidor, esse cliente valoriza muito sua livre escolha, que traz implicitamente os problemas de não coordenação e não continuidade dos cuidados.

Esse sistema fragmentado leva à automatização da relação médico-paciente e à desumanização do cuidado e intensifica o aumento dos custos assistenciais, que, em qualquer país do mundo, insiste em ficar acima da inflação geral dos preços. Conforme a revista *Hospitais Brasil*, a média da inflação geral dos preços em 84 países, em 2014, ficou em 4,23%, enquanto a da saúde foi de 10,34%. Não é diferente no caso brasileiro: a inflação dos planos de saúde tem sido sempre, ano após ano, maior do que a inflação geral dos preços.

SISTEMAS DE SAÚDE INTEGRAIS E INTEGRADOS PARA O BRASIL

Dias atrás, um amigo relembra sua experiência como paciente, quando realizava seu mestrado em Londres. Acordou numa manhã com forte dor no ombro direito. Dirigi-se a um hospital, onde uma enfermeira lhe recebeu analgésico e disse para procurar seu médico geral. Atendido por seu médico geral, a quem estava adstrito, este lhe fez perguntas e o examinou, recebeu medicamento, sem o encaminhar para um especialista vertical. Dias depois, sem dores, meu amigo voltou a suas atividades normais. O Sistema Nacional de Saúde inglês não é fragmentado. Além de dar cobertura universal na teoria e na prática, é integral e integrado, baseado em clínicos gerais (médicos de família), que compõem 50% dos médicos em atividade no país e são “porta de entrada” para o sistema. Todo cidadão tem seu clínico geral, que tem um número determinado de pessoas para cuidar. Há continuidade do cuidado, do clínico geral (médico de família) ao hospital.

Como gestores de sistemas de saúde público ou privado no Brasil, devemos atuar para diminuir consequências, riscos e custos dessa medicalização e seus decorrentes sistemas de

CANDIDATOS POR VAGA (C/V) EM DIFERENTES ESPECIALIDADES MÉDICAS*

Especialidades de maior procura	C/V	Especialidades de atenção básica	C/V	Especialidades com aumento de incidência/prevalência de doenças	C/V
Dermatologia	44,7	Cirurgia Geral	12,4	Hematologia	3,7
Anestesiologia	35,8	Clínica Médica	12,2	Cancerologia Clínica	3,6
Oftalmologia	31,1	Pediatria	8,7	Nefrologia	2,8
Cirurgia Plástica	22,0	Ginecologia/Obstetrícia	4,8	Medicina Intensiva	1,6
Diagnóstico por Imagem	21,7	Medicina de Família/Comunidade	0,6	Geriatria	1,5
Neurologia	16,8	–	–	Cancerologia Pediátrica	1,4

*PARA O CONCURSO DE SELEÇÃO PÚBLICA DE RESIDÊNCIA MÉDICA DO SUS/SP, 2016.

FONTE: CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA (CRM)/SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO (SES-SP)

saúde fragmentados. Devemos propor alternativas organizacionais, quer nosso objetivo seja “humanista”, o de melhorar a relação médico-paciente, quer seja “racionalista”, o de reduzir a medicalização e seus decorrentes altos custos assistenciais.

Adequar ao sistema brasileiro experiências de outros países, dando protagonismo aos médicos horizontais, parece ser uma alternativa organizacional coerente. Cada pessoa/família deveria ter um médico referência e coordenador dos seus cuidados de saúde. O sistema assim prioriza a construção de vínculos de confiança, enriquecendo e ampliando a visão do médico para além do raciocínio clínico.

O clínico geral ou médico de família (e de comunidade, no Brasil) é protagonista dos sistemas de saúde do Reino Unido, do Canadá, da Holanda, da Espanha, de Portugal, entre outros países, onde 50% dos profissionais em atividade são dessa especialidade horizontal. Ele usa (e “abusa”) de tecnologias de menor densidade para apoiar a complexidade de sua prática.

Quatro atributos caracterizam seu trabalho e sua relação com o paciente, conforme explica a médica e educadora Barbara Starfield: a) primeiro contato – a porta de entrada; b) continuidade do atendimento ao longo do tempo – do nascimento ao túmulo; c) integralidade do atendimento – que abarca da hipertensão arterial detectada na consulta de rotina ao transplante de rim realizado anos depois; d) coordenação com as outras partes do sistema de saúde – com médicos especialistas verticais (que atuam como consultores apoiando o médico de família), UPAs e/ou pronto-socorro em/ou fora de hospitais, serviços de saúde comunitários, unidades de internação hospitalares.

Na teoria, o SUS está organizado dessa forma. Na prática, seu nível de atenção primária à saúde, no Brasil chamada de “atenção básica”, é atomizado em n unidades municipais e tem sérias dificuldades para funcionar. A principal razão é que somente 10% dos especialistas que ali atuam são médicos de família. Embora as n faculdades brasileiras tenham como objetivo formar médicos voltados para a prática generalista, não o fazem. Se avaliadas por seu produto – médico egresso –, deveriam ser fechadas, por não entregarem o que prometem. Somente 2% dos médicos em atividade no Brasil são especialistas em medicina de família.

CONCLUSÃO

Em 2003, Luc Ferry, filósofo e ex-ministro da Educação da França, aconselhou o então ministro Cristovam Buarque a focar no ensino até os 8 anos, pagar bem e recrutar os melhores professores. Que tal parafraseá-lo na saúde: focar na atenção primária, pagar melhor e recrutar profissionais para serem médicos de família? ●

PARA SABER MAIS:

- Barbara Starfield. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
- Eugênio Vilaça Mendes. *A construção social da atenção primária à saúde*. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), 2015.
- Global Family Doctor. WONCA. Disponível em: globalfamilydoctor.com
- Michael Kidd. *A contribuição da medicina de família e comunidade para os sistemas de saúde: um guia da Organização Mundial de Médicos de Família*. WONCA, 2016.
- Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Disponível em: sbmf.org.br

LUIZ FERNANDO NICZ > Médico e mestre em Administração (área de Hospitais e Sistemas de Saúde) pela FGV EAESP > lfnicz@gmail.com