

Atenção Primária em Saúde enquanto instrumento de Luta pela transformação da Sociedade

Thiago Cherem Morelli -
Residente de Medicina de Família e Comunidade

“Lutar pra nós é ver aquilo
que o Povo quer realizado.
É ter a terra onde nascemos.
É sermos livres pra trabalhar.
É ter pra nós o que criamos
Lutar pra nós é um destino -
é uma ponte entre a descrença
e a certeza do mundo novo.”

O debate sobre a formação dos profissionais médicos sempre esteve bastante presente no meio acadêmico. O Movimento Estudantil teve papel central em vários momentos, buscando modificar a base curricular dos cursos de Medicina, como forma de aproximar a formação das necessidades do povo, em um movimento claramente contra hegemônico. Porém, uma das grandes dificuldades diante de tantos projetos distintos é saber qual modelo de atenção à saúde que devemos defender e como isso interfere no modelo de formação que queremos. Muitas vezes os estudantes se organizam, ocupam os espaços dentro da Universidade, mostram-se insatisfeitos com a sua formação, mas não sabem qual caminho seguir.

Um dos fatores que dificultam o estudo sobre Educação Médica é a falta de bibliografia com o “nosso jeito de ver saúde”. A principal referência utilizada por esse texto foi a tese de Doutorado em Educação do Professor Luiz Roberto Agea Cutolo.

Assim, pretendemos auxiliar e instrumentalizar os estudantes sobre o debate com relação ao tema formação médica, com uma ênfase especial para o papel da Atenção Primária em Saúde nesse processo. Os termos Atenção Primária e Atenção Básica serão utilizados nesse texto enquanto sinônimos.

Os currículos médicos pós Diretrizes Curriculares Nacionais

Para iniciar a construção do modelo de currículo que defendemos, é sempre importante fazer uma análise do atual currículo das faculdades de Medicina, que tipo de profissionais elas estão formando e a que interesses essa formação serve.

Um primeiro “mito” que precisa ser esclarecido é que o processo de Reformas Curriculares dos cursos de Medicina a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais, apesar de apresentar avanços, não modificou o paradigma da formação dos Estudantes de Medicina. Ou seja, continuamos com um Modelo Biomédico de currículo e de atenção à saúde.

O Modelo Biomédico

Em 1910, Abraham Flexner, publica um relatório a partir de uma pesquisa sobre o ensino da Medicina, que ficou conhecido como “Relatório Flexner”. Dentre os apontamentos para a formação médica, ele propunha que o ensino deveria ser feito sob um pensamento cartesiano, sendo o corpo humano considerado uma máquina que pode ser analisada através de suas peças; a doença é o mau funcionamento dos mecanismos biológicos; e o papel do médico é consertar um defeito no funcionamento dessa máquina (CAPRA).

O Relatório é dividido em duas partes: a primeira parte, o autor trás o debate principalmente com justificativas para a utilização de laboratórios e hospitais, nos ciclos básico e clínico, respectivamente. Nos capítulos em que aborda o ciclo básico, chamado de laboratorial, discorre sobre os dois primeiros anos do curso médico, com as disciplinas de anatomia, histologia, embriologia, fisiologia e bioquímica (primeiro ano). No segundo ano, farmacologia, patologia, bacteriologia e diagnóstico físico (FLEXNER). O enfoque biologicista não é mais predominante apenas, passa a ser único com a concepção que a Educação Médica deve estar dissociada das preocupações sociais, pensando que os médicos não têm controle sobre esses elementos. Segundo Título:

“Nos primeiros dois anos, o diagnóstico relaciona-se com a utilização das salas de autópsia e experimentos, reproduzindo as doenças em laboratório. Estes seriam potenciais articuladores entre as disciplinas de funções e estrutura normais (anatomia, fisiologia, histologia) e a clínica desenvolvida nos hospitais. Entende-se que os achados de autópsia e as doenças reproduzidas de forma experimental dariam a... “... oportunidade de comparar os achados laboratoriais com os sintomas apresentados pelos pacientes assistidos no hospital.”
(FLEXNER, 1910, p. 66,).

Quanto ao Ciclo clínico, segundo Flexner, ele deve ser desenvolvido essencialmente dentro do hospital (como um “laboratório”). Esse ciclo clínico - hospitalar inicia-se no terceiro ano com as disciplinas de obstetrícia, doenças infecciosas, clínica médica, pediatria, cirurgia, microscopia clínica e patologia. No quarto deveriam ser estudadas as disciplinas de cirurgia e especialidades médicas. Quinto e sexto ano: internato hospitalar. O ensino centrado no hospital é exposto com exatidão pelo autor, onde ele apresenta as características estruturais, como número de leitos ideal, ventilação, iluminação e instalações (CUTOLO). Essa ênfase à formação hospitalocêntrica, demandava a construção de um local específico para o seu desenvolvimento: o Hospital Universitário. Um ambiente cada vez mais próximo da concepção

de um “laboratório de investigação biomédica e clínica, e tornando-se, a principal instituição de transmissão do conhecimento médico”.

Segundo Cutolo: Este segundo ciclo do curso teria como propósito claro o estudo das doenças com suas implicações clínicas. “O estudo da medicina deve ser centrado na doença de forma individual e concreta” (FLEXNER). A atividade relativa ao doente, propriamente dita, possui duas possibilidades. Uma primeira é junto aos leitos de enfermaria, investigando através de anamnese e exame físico os doentes institucionalizados. Uma segunda é de volta aos laboratórios, examinando materiais como líquidos, secreções, excreções e tecidos com objetivo de complementação diagnóstica.

O objeto de estudo passa a ser os sistemas e os órgãos isolados do corpo deste indivíduo, e não mais o indivíduo, favorecendo a disseminação das especialidades. Toda essa nova concepção de Educação Médica, apresentava um claro objetivo: o desenvolvimento da indústria da doença, com o seu "complexo médico-industrial" e a ênfase da tecnologia médica diagnóstica e terapêutica (exames complementares e medicamentos).

O modelo Biomédico “entra” com grande força dentro das faculdades de medicina dos EUA, gerando inclusive o fechamento de diversas faculdades que não se adequavam aquele padrão de formação. Ao final da década de 40 do século XX, os estudantes de Medicina não tinham quase nenhum contato com professores médicos que exerciam a “clínica geral”, e sua formação era completamente realizada dentro de um hospital. Assim, a formação estava mais distante do contato com as enfermidades que os indivíduos apresentavam em sua vida cotidiana. Enquanto mais de dois terços das queixas dos pacientes envolvem enfermidades mais prevalentes e menos graves, que não chegam ao atendimento hospitalar, os estudantes tinham contato com doenças graves e mais raras, durante seus estágios na graduação (CAPRA). A prevalência das doenças passava a ter uma visão distorcida dentro dos hospitais universitários, com uma experiência reduzida dos problemas comuns em saúde, estudados distantes da comunidade, onde o contexto social do paciente era praticamente ignorado. Os estudantes, assim, se concentram apenas nos aspectos biológicos das doenças, considerando o Hospital o ambiente ideal para a prática da medicina especializada e orientada pelo complexo médico industrial (hospitais, indústria farmacêutica, de exames complementares, altamente especializado).

Um novo caminho, com um antigo conceito

Mesmo com a visão reducionista do adoecimento enquanto uma anormalidade apenas biológica e com seu tratamento dirigido a isso, diversas lacunas nesse processo não ficaram estabelecidas. Por exemplo, embora a medicina contribuísse para a eliminação de certas doenças, muitos pacientes ainda não se sentiam saudáveis, ou, mesmo com um tratamento bem sucedido, aquilo não restabelecia necessariamente a saúde do paciente. Estudos epidemiológicos começaram a demonstrar que a influência da assistência médica foi muito pequena na diminuição das doenças infecciosas, e que este processo estava muito mais relacionado com a melhora da qualidade de vida da população, quando as principais doenças infecciosas declinaram muito antes da descoberta dos antibióticos ou vacinas.

Com essa concepção de Medicina era impossível explicar, por exemplo, o aumento da incidência de câncer, diabetes, hipertensão, sem discorrer sobre as mudanças no padrão

alimentar das pessoas, aumento do estresse, poluição ambiental, agrotóxicos, sedentarismo... Da mesma forma, o profissional formado, buscando apenas a intervenção biológica no tratamento das doenças, sentia a impotência de exigir que seu paciente realizasse exercício físico diário, quando sua carga de trabalho diária era extenuante. O Modelo Biomédico apresentava para os estudantes um modelo de medicina totalmente insuficiente para a assistência de saúde da população, apesar dele tentar “esconder” essas contradições dentro dos muros dos hospitais, distante das comunidades. Trazia um conceito de saúde muito interessante ao modelo de sociedade de exploração, com o objetivo central de “consertar” o paciente, pra que ele voltasse ao ciclo de exploração em seu trabalho, não modificando as causas reais do seu adoecimento.

O objetivo não era curar o paciente, mas permitir que minimamente ele se mantivesse apto a continuar no mercado de trabalho. Não se busca mais a cura, porque ela envolve modificações estruturais da sociedade e não permite os crescentes lucros do complexo médico industrial. Ou seja, o paciente com Lesões por Esforços Repetitivos e Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/Dort) vai ser manejado para o alívio da sua dor, mas a compreensão que ele só vai obter a cura com a mudança no seu processo de trabalho (o que envolve a interrupção da exploração), não é mais visualizada por esse estudante ou profissional da saúde, com essa formação biomédica. E essas contradições não se limitavam ao campo dos profissionais da saúde. A própria população sentia que apesar dos grandes avanços na ciência médica, ainda se observava uma profunda crise na assistência à saúde.

Diante disso, um antigo conceito de saúde, hegemônico em boa parte do século XIX, retorna ao debate: a Determinação Social do Processo Saúde Doença. Esse conceito foi a base do debate do Movimento pela Reforma Sanitária, que nasceu da luta contra a Ditadura Militar, e que buscava a democratização da saúde, em seu conceito mais amplo. A compreensão desse movimento era de que Saúde era muito mais do que ausência de doença, e que estava relacionada ao acesso a moradia, a terra, a alimentação de qualidade, a educação, emprego, lazer, acesso aos serviços de saúde... Que “saúde define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas” (8a Conferência Nacional de Saúde).

Segundo Albuquerque:

“Essa é a essência da determinação social da saúde e da doença: a forma como se organiza a produção de vida em sociedade determina diferentes formas de viver, adoecer e morrer para diferentes grupos sociais”.

Um cuidado importante é o de diferenciar esse conceito do de “Determinantes Sociais”, que esconde a verdadeira associação entre o modelo de sociedade em que vivemos e o modo como às pessoas adoecem. Os estudos de determinantes sociais, pautados na epidemiologia tradicional, se limitam a identificar relações entre variáveis sociais e eventos de

morbimortalidade, com uma visão bastante higienista-preventivista, que não propõe mudanças estruturais no modelo de exploração.

A partir do avanço do Movimento pela Reforma Sanitária, e o questionamento do papel dos profissionais da saúde, associado a essas contradições, o modelo de formação dos estudantes de Medicina passa a ser questionado com mais força.

Com a criação da Associação Brasileira de Educação médica (ABEM), em 1963, alguns professores de Medicina passaram a ampliar o debate e reconceituar o modelo de educação médica. Os próprios estudantes de Medicina, antes mesmo da criação da Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM), em 1986, já questionavam a formação médica e o papel que a medicina exercia. A partir do Encontro Científico dos Estudantes de Medicina (ECEM) em 1976, em Maceió, os estudantes de Medicina passam a discutir Determinação Social do Processo Saúde Doença, a estrutura do Sistema de Saúde e a formação com mais consistência e importância (BALLAROTTI).

Com a criação em 1991 da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), diversas entidades passaram a debater os rumos da Educação Médica no país, com o objetivo de preparar as mudanças na formação médica. Em 2001, são criadas as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Porém, mesmo com os processos de Reformas Curriculares, a Escola Médica continua pautada no ensino hospitalar, biologicista, fragmentado, utilizando metodologia de ensino verticalizada, com grande ênfase nas especialidades, medicalização e utilização de exames complementares. Ou seja, o problema metodológico da formação não pode ser central nesse debate. A concepção hegemônica biomédica, mesmo questionada, permanece intocada (CUTOLO). Pensar Educação Médica dissociada do debate do Sistema de Saúde e do modelo de Sociedade, sem contemplar o conceito de Determinação Social do Processo Saúde Doença, só vai produzir reducionismos reformistas.

A Atenção Primária em Saúde enquanto instrumento contra hegemônico

Diante dessa análise do paradigma biomédico e da transformação do modelo de Educação Médica, um debate bastante central é o papel da Atenção Básica no processo de formação dos estudantes de Medicina e de transformação da Sociedade. É importante ressaltar que o conceito de Atenção Básica defendido aqui difere substancialmente das propostas de políticas governamentais (ditadas e financiadas pelo Banco Mundial), como “cesta básica” de saúde para a população. Essa análise Governamental parte de pressupostos econômicos, com objetivo de redução de custos com assistência médica, e não visando a qualidade de atendimento. Eles atuam em uma perspectiva focalizada, entendendo a Atenção Básica como um plano de saúde de baixa complexidade, dedicada a população pobre, no sentido de minimizar a exclusão social e econômicas decorrentes da expansão do capitalismo.

A Atenção Primária defendida aqui, pensando na estruturação de um sistema de saúde público, é à base desse sistema (não só enquanto porta de entrada, mas como eixo central). Quando é colocada como instrumento contra-hegemônico na luta pela saúde e pela transformação da Sociedade, podemos analisar sob duas perspectivas:

A Luta contra o complexo médico industrial

A primeira delas é a defesa da Atenção Primária como forma de se contrapor ao fortalecimento do complexo médico industrial. O modelo de atenção defendido tem como direcionamentos uma clínica resolutiva e próxima da realidade dos problemas de saúde da população. O processo de diagnóstico difere daquele de outros níveis de atenção, sendo a frequência de testes diagnósticos e a prescrição de medicamentos definitivamente menores (STARFIELD). O Hospital é o ambiente onde os pacientes são obrigados a tomar medicamentos, onde os médicos solicitam muitos exames e onde o paciente não tem autonomia..

A atenção subespecializada, devido ao enfoque fisiopatológico, falta de vínculo e atribuição de queixas a enfermidades que não estão presentes, gera solicitação de exames excessivos, diagnósticos e tratamentos inadequados e ansiedade aos pacientes.

O valor da espera observada na Atenção Básica é maior para definir tanto os problemas apresentados, quanto para definir alternativas de tratamento. Por exemplo, um paciente chega a Unidade Básica de Saúde com uma queixa de odinofagia (dor de garganta). O profissional responsável examina o paciente e não encontrando sinais de infecção bacteriana, orienta o paciente a retornar caso não ocorra melhora do quadro. Em uma emergência, ou mesmo em um ambulatório de especialidades, a chance de esse paciente sair com a prescrição de um antibiótico, mesmo se tratando de um caso viral, é consideravelmente maior.

Essa lógica de formação e de fortalecimento da indústria farmacêutica e de exames complementares tem gerado a expansão de diagnósticos, com a invasão do que é considerado doença para o que antes era considerado normal (STARFIELD). Os fatores de riscos estão sendo considerados como doenças, sendo a medicalização de estados pré-doença e de fatores de riscos se torna cada vez mais comum, com a expansão do comércio de medicamentos para pessoas antes consideradas saudáveis.

Com uma visão “viciada” dos seus pacientes, o médico especialista acaba sempre pensando nas doenças mais raras e na forma de descartá-las solicitando uma série de exames complementares (boa parte deles desnecessários). Eles apresentam uma responsabilidade aumentada com as patologias de sua especialidade. E é isso que é passado para os estudantes, com um currículo repetitivo e que segue critérios de relevância adotados por esses especialistas. Da mesma forma, é a formação desses médicos que abastece o sistema privado de saúde e assim, o mercado da doença.

Assim, para o complexo médico industrial, o modelo biomédico de formação é extremamente interessante, e lutar pela atenção básica de qualidade é lutar contra o complexo médico industrial.

O que não significa que não precisamos de bons especialistas e que o Sistema de Saúde que defendemos não precisaria de Hospitais com estrutura adequada. Mas, colocamos o papel central aqui da Atenção Básica, como forma de contrapor o que está colocado enquanto modelo de assistência à saúde hoje. Para a formação, Cutolo defende que a presença de superespecialistas nas escolas médicas seja algo necessário, embora o seu campo de atuação devesse ser prioritário nos programas de residência médica.

Proximidade com o Povo

A segunda perspectiva de concepção de Atenção Básica, parte desse espaço como cenário privilegiado para compreender a Determinação Social do Processo Saúde Doença. O ensino e a prática hospitalares criam um “muro”, que dificulta a visualização das diferenças de classe e suas conseqüentes contradições relativas à saúde e doença. No ambiente hospitalar, os pacientes apresentam patologias graves, com risco de vida, o que passa a impressão de que a intervenção biológica, com medicamentos e exames, seja suficiente. O ensino dentro de um Hospital Terciário, distante da realidade social da população, esconde a relação do modelo de sociedade com o processo de adoecimento dos indivíduos.

O ensino extra-hospitalar deve ser uma experiência sólida, prolongada e iniciada desde o início do curso. Deve ser a base do currículo para possibilitar o aprendizado do paciente enquanto indivíduo inserido em uma sociedade. Segundo Cutolo:

“A comunidade pode ser o centro da atividade do ponto de vista clínico; pode ser um grande “laboratório” de pesquisas, mas, sobretudo, deve possibilitar uma visão mais clara do complexo sistema do processo saúde-doença e permitir reflexões e mudanças dentro de seu meio.”

O estudante de Medicina e o Médico militantes

Diante dessas análises, chegamos ao ponto de apresentar um novo direcionamento: o estudante de Medicina e o Médico militando pela transformação da sociedade dentro do ambiente de Atenção Básica. A Determinação Social do Processo Saúde Doença vai estar presente em qualquer atendimento em saúde, porém na Atenção Básica, como apresentado até agora, esses elementos ficam evidentes e atingem uma expressão maior. E não apenas ficam mais evidentes para o profissional, mas também para o próprio paciente. E essa poderosa arma de transformação social pode e deve ser utilizada. O estudante de Medicina/Médico deve considerar a determinação para além do diagnóstico. Deve utilizar esse conceito para executar ações que incidam sobre o processo de adoecimento das pessoas.

Vários estudos têm demonstrado a importância política, social, ideológica e econômica dos médicos. Assim, esse profissional deve apontar ao paciente o caminho para a construção de uma sociedade mais saudável e menos desigual do ponto de vista material. Precisamos de uma formação que leve o Médico a abandonar sua posição histórica de curador-preventivista ou de “ser neutro” e passar a ter uma postura crítica e de liderança, coordenando transformações sociais (CAPELLO).

Outra compreensão é que tanto essa intervenção, quanto a nossa compreensão de Atenção Básica não serão possíveis de serem aplicadas diante de uma realidade de precarização e privatização desse modelo. Não é possível esperar a postura transformadora de

um profissional que trabalha para atender a demanda reprimida daquela população, sem o apoio multiprofissional, sem condições básicas para realizar seu papel... Como um profissional vai realizar esse tipo de atuação, se, trabalhando dentro de uma Organização Social ou de uma Fundação Estatal de Direito Privado ele corre seriamente o risco de perder o emprego? Por isso a importância de nos posicionarmos criticamente contra os projetos de precarização e privatização desse modelo de atenção à saúde.

É necessário também estimular projetos de inserção dos estudantes na rede básica, desde o início do curso, porém não apenas isso. Esses estudantes devem receber supervisão adequada, receber assistência estudantil, ter uma estrutura que permita o atendimento adequado para a população e que possibilite de forma satisfatória a parte pedagógica. Devem também conhecer verdadeiramente a realidade daquela comunidade, através de visitas domiciliares, participação e intervenção nos conselhos comunitários e conselhos locais de saúde. Experiências de internato rural, sob essa perspectiva, devem ser estimuladas.

Ou seja, além de visualizar a relação do modelo de Sociedade com a forma como as pessoas adoecem, esse profissional deve intervir, construir vínculos duradouros, demonstrar essa relação para os seus pacientes e mobilizar esse indivíduo para promover mudanças sociais. O Médico deve indicar ao seu paciente algo que podemos chamar de “Prescrição Revolucionária”, ou seja, empoderar o indivíduo sobre seu processo de adoecimento, estimulando e construindo um processo de mudança.

Portanto não se pretende dar à escola médica e ao modelo de atenção um papel de poder que modifique a estrutura econômica da sociedade, mas entender a contribuição que eles têm no processo de transformação desta realidade (CUTOLO).

Referências Bibliográficas:

Cutolo, L.R.A. Estilo de pensamento em educação médica: Um Estudo do Currículo do Curso de Graduação em Medicina da UFSC. 2001. 230f. Tese (Doutorado em Educação), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2001.

Da Ros MA. A ideologia nos cursos de medicina. In: Marins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC (Orgs.). Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 224-244.

Ballarotti B. O Movimento Estudantil e a Criação do SUS: uma história na luta pela saúde.

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasil, 2002.

Capra F. O Modelo Biomédico.

Albuquerque G. A Produção Social Humana e a Determinação da Saúde e da Doença.

Capello MR. Educação em Saúde: Quais os rumos da reorientação profissional?

Flexner A. Medical Education in the United States and Canada. New York: Carnegie Foundation for The Advancement of Teaching; 1910