

Reflexões e propostas sobre como ser médico de família e não perecer no esforço.

Juan Gervas y Mercedes Pérez-Fernández.

Equipo CESCA, Madrid, España

jigervas@gmail.com

mpf1945@gmail.com

www.equipocesca.org

@JuanGervas

Tradução: Donavan de Souza Lúcio

donavanlucio@gmail.com

Saúde e prevenção

Poucas coisas fizeram tanto dano com a definição de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), essa que imagina a saúde como um estado completo de bem estar física, mental e socialⁱ, impensável se não nos instantes que dura um orgasmo, como bem apontou Petr Skrabanekⁱⁱ. A OMS propõe uma saúde impossível, a saúde perfeita e completa, e, além do mais, celebra “Da Palavra à Ação: O Desafio da Saúde para Todos”, com se pudesse eliminar as doenças, desvalias, sofrimentos e morte da face da Terraⁱⁱⁱ.

O dano da OMS é cravado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) com sua ênfase na promoção da saúde e na prevenção das doenças^{iv}. Para a OPAS a atenção primária tem por característica básica a prevenção, quando esta passa de uma atividade ajustada ao conhecimento profundo de pessoas e comunidades, sem outra relevância quando não é, ocasionalmente, oportuna.

Não se pode converter a atividade preventiva em central da atenção primária, nem do sistema de saúde, pois as atividades chave são as curativas, e o que precisamos é de um eficaz Sistema Nacional de Doenças, como afirma Iona Heath no Reino Unido^v.

Para o sistema de saúde, o central não é a saúde e sim a enfermidade, e a prevenção não é uma característica básica da atenção primária. “As funções clínicas da atenção primária não deveriam ser confundidas com atividades centradas na prevenção. A prevenção não é uma função da atenção primária, apenas uma atividade complementar e necessária ao cumprimento de seus fins clínicos. O “giro à prevenção” do sistema sanitário é absurdo se não se distribuem claramente as responsabilidades e os papéis referentes a pacientes e a populações, levando inexoravelmente ao fracasso ao se pressupor a concepção da

atenção primária como atenção centrada na prevenção”^{vi}, nas palavras de Barbara Starfield.

Contra a crença popular, nem sempre é melhor prevenir do que remediar^{vii} e convém um olhar precavido diante das propostas preventivas, muitas vezes baseadas na falácia de Beveridge (crer que a prevenção diminui os custos)^{viii}.

Ademais, lamentavelmente, confunde-se 1/ promoção de saúde (melhora do estado de saúde promovendo atividades várias; por exemplo, uma visão tolerante da diversidade sexual.) com a 2/ proteção da saúde (normativa e legislação que protege e impede o prejuízo à saúde, como por exemplo regulamentos sobre a comercialização de alimentos) e com a 3/ prevenção em saúde (intervenções que evitam o adoecimento, por exemplo com vacinas eficazes ou o aconselhamento médico contra o tabagismo)^{ix}. E quanto à prevenção propriamente dita, convém-se distinguir as medidas “aditivas” (que “adicionam” intervenções, como vacinas) das medidas “restritivas” (que reduzem efeitos, como o aconselhamento médico contra o tabagismo) pois as primeiras podem ter maiores efeitos adversos e precisam de maior conhecimento científico que as fundamentem^x.

A prevenção e a promoção da saúde têm um certo papel na clínica, mas são questões centrais em políticas gerais e, especialmente somadas à proteção da saúde, em políticas não sanitárias^{xi}.

Estar saudável

Estar saudável é a capacidade de superar os inconvenientes da vida e ser capaz de desfrutar dela. De fato, em latim *salus* alude a estar em condições de superar um obstáculo. Entretanto, a ideologia da OMS e da OPAS ignora esta capacidade para desfrutar da vida com suas adversidades, inclusive com as doenças e a morte.

Não há uma dicotomia entre saúde e doença uma vez que ambos os estados se entrelaçam e cabe até uma “má saúde de ferro”, como dizem às vezes os pacientes. A vida oferece oportunidades de desfrute até ser possível “morrer saudavelmente” depois de um “saudável envelhecimento” que convive com os inconvenientes lógicos do viver^{xii}.

O paradoxo da saúde

A ideologia peculiar da OMS e da OPAS penetrou a sociedade mundial e criou na população um sentimento frustrante de má saúde permanente. Ou seja, cresce a sensação de estar doente enquanto a saúde mundial melhora extraordinariamente. Isto foi demonstrado por Amartya Sen com dados dos Estados Unidos e de dois estados da Índia, o

mais saudável, Kerala, e o mais doente, Bihar. A sensação de estar doente era maior quanto melhor eram os dados objetivos, como a expectativa de vida. Ou seja, a população dos Estados Unidos declarava-se muito mais doente que a de Bihar, o estado mais pobre e com população mais analfabeta da Índia. Kerala, 100% alfabetizado e com excelentes indicadores de saúde, tinha uma população que se sentia menos enferma que a dos Estados Unidos, mas muitíssimo pior que a de Bihar^{xiii}. É o “paradoxo da saúde”, a busca impossível e frustrante da saúde perfeita e completa que a OMS e a OPAS pregam.

A obsessão pela saúde perfeita

Pelas palavras de Iván Illich: “Nos países desenvolvidos, a obsessão pela saúde perfeita converteu-se em um fator patogênico predominante. O sistema médico em um mundo impregnado pelo ideal instrumental da ciência, cria incessantemente novas necessidades de atenção médica. Mas quanto maior é a oferta de saúde, mais são as pessoas que têm problemas, necessidade e enfermidades. Todos exigem que o progresso ponha fim ao sofrimento dos corpos, que mantenha pelo maior tempo possível o frescor da juventude e que prolongue a vida ao infinito. Nem velhice, nem dor, nem morte. Esquecendo assim que está rebelião é a negação da própria condição humana”^{xiv}.

Não pudemos esquecer que os corpos encontram uma maneira de morrer, para cumprir com a Lei de Ferro da Epidemiologia (todos os que nascem morrem). Nós médicos, quando muito, prolongamos vidas e adicionamos qualidade a ela, mas não “salvamos vidas”, se estamos falando cientificamente. Nas palavras de James McCormick, “curar só significa atrasar a morte, pois não confere imortalidade. Por mais que a ciência médica melhore, nunca erradicará nem o sofrimento, nem o medo e o fato da morte”^{xv}.

Deveríamos considerar que quem busca a saúde perfeita é um enfermo. Ou seja, em exemplos concretos, está doente quem buscando a saúde come alimentos que não desfruta e pratica esportes que não gosta. Estender aos sãos o negócio da saúde é um assunto relativamente simples. E só persuadir aos sãos de que sentir-se saudável não é o mesmo que estar saudável, pois alguém poderia estar doente e não ter se dado conta disto. Assim, estando saudável mas com o medo metido no corpo, uma pessoa converte-se em doente ao buscar desesperadamente a impossível saúde perfeita^{xvi}.

Tudo isso é ainda mais complicado pela deturpação que converte fatores de risco em doenças.

Fator de risco

Fator de risco é uma característica associada estatisticamente a uma doença ou lesão. Ou seja, o fator de risco não é necessário nem suficiente para que se apresente a doença ou lesão, pois é uma simples associação estatística.

Como analisou Félix Miguel: “Na prática, as variáveis independentes (fatores) que se incluem no estudo para determinar sua influência sobre as variáveis dependentes (doença) passam a denominarem-se com frequência “fatores de risco”. Deste modo, a imprecisão do termo permitiu sua naturalização, uma vez que, a princípio, qualquer variável que possa prever o valor da variável independente pode denominar-se sem mais problemas “fator de risco”. Na compreensão comum de profissionais e cidadãos experientes, enquanto não se demonstre o contrário, um fator de risco é um fator causal” [xvii](#).

O salto de “fator de risco” a “fator causal” leva a lógica da intervenção sobre o fator de risco, que acaba convertido em doença sem que o seja. Assim, ainda que se difunda o contrário, a hipertensão não é uma doença, a osteoporose não é uma doença, a hipercolesterolemia não é uma doença etc.

A questão chave é a mudança profunda nas causas de adoecer, que cada vez são menos claras, diretas e simples. A causa “única” de adoecer é rara, e o habitual é a interação entre causas biológicas, sociais e ambientais. Jacob Stengenga insistiu: “A maioria das doenças têm uma base causal e constitutiva complexa. Em parte devido à esta razão, a maneira como tem sido caracterizada as doenças foi se transformando de uma perspectiva monocausal a multifatorial. Para muitas doenças, como a insuficiência cardíaca, o diabetes tipo 2 ou os transtornos mentais, não existe causas nem necessárias nem suficientes (fatores explicativos), mas um conjunto de fatores que aumentam a probabilidade de que a doença se manifeste (fatores preditivos). Se não há causas nem necessárias nem suficientes para a maioria das doenças, então qualquer intervenção em algum dos fatores relacionados não será nunca capaz por si só de eliminar a doença” [xviii](#).

O predomínio de uma prevenção baseada nos fatores de risco destrói muitas das possibilidades da prevenção clínica e social [xix](#). Também medicaliza a resposta a muitas doenças e problemas de saúde que têm sua melhor resposta fora do sistema de saúde já que se relacionam com as “condições” de vida (condições, não estilos) e com os determinantes sociais.

Espiritualidade

O respeito à experiência, à espiritualidade, à cosmovisão e às crenças dos pacientes, é parte central da medicina.

A espiritualidade pode estar organizada em forma de entidade, seja uma religião como a cristã, ou uma opção vital compartilhada com o Bhakti Yoga. A espiritualidade também pode ser, sem mais, uma atitude pessoal que emerge diante do sofrimento e triste própria ou alheia, ou com a mesma alegria e celebração que tanto nos identificam como humanos! Em medicina deve haver um respeito delicado com a espiritualidade dos pacientes, e facilitar sua expressão se eles o pedem. Quantos médicos já não tiveram contato com os responsáveis das distintas religiões de seus pacientes quando em situação terminal fazem este pedido? Quantos médicos já não estiveram de acordo com a paz interior que relatam pacientes praticantes da meditação, do yoga, e outras atividades similares? Quem não foi respeitoso com as crenças culturais e espirituais que lhes são alheias, mas chaves para o paciente, sua família e comunidade? Quantos médicos já não experimentaram as drogas das quais alguns de seus pacientes atingem “outros” estados mentais e outra espiritualidade? Quantos, comovidos pela morte de algum paciente, já não acenderam uma vela em sua memória?[xx](#).

Medicalização da vida

“É medicalização a forma em que se está expandindo ultimamente a medicina moderna, que agora abarca muitos problemas que antes não eram considerados como entidades médicas”[xxi](#). A medicalização transforma em doenças, por exemplo, as fases normais do ciclo reprodutivo e vital da mulher (menstruação, gravidez, parto, menopausa), a velhice, a morte, a infelicidade, a solidão, a calvície, a obesidade e o isolamento por problemas sociais, assim como a pobreza e o desemprego. A medicalização tinge de medicina as adversidades da vida, como suspender uma prova, perder o namorado, ou sofrer a morte de um ente querido, mas ademais é presunçosa pois não tem a prudência de valorar benefícios contra riscos. Também é agressiva e considera que só a medicina pode ajudar a superar estas adversidades, menosprezando as alternativas desprofissionalizadas e ancestrais do manejo de todo tipo de processos que vão desde o parto até a morte.

A medicalização se impõe por meio da biometria, as definições de saúde e doença baseadas em percentis e em cifras, em geral. Também se impõe por meio do medo, o medo de adoecer e morrer quando não se cumprem as indicações médicas, medo que se generaliza por meio de um higienismo social que dá qualificações morais negativas, por exemplo, a obesidade e a promiscuidade. É o salutismo coercivo, a “saúde persecutória”[xxii](#) que finge ignorar os profundos determinantes o comportamento humano e assumir que, por exemplo, “os fumantes são idiotas”, já que continuam fumando mesmo sabendo do dano que o tabaco causa. Tal salutismo coercivo ignora a akrasia de Aristóteles; quando o

conhecimento e a racionalidade não definem nossas ações nem nossos comportamentos.

A medicalização infantiliza a população, que espera e até exige conselhos médicos para todo; por exemplo, por onde caminhar no verão (pela sombra!), o que fazer frente a um simples resfriado, quanto sexo é conveniente, ou que comidas são mais “saudáveis”. Os médicos se tornam sacerdotes da nova religião da “saúde” e eles ditam o que é certo e o que é errado.

Expropriação da saúde

A expropriação da saúde é um processo coercivo insidioso que deixa o indivíduo sem capacidade de autocura e sem autonomia, pois é o médico quem define tanto a doença quanto a saúde^{xxiii'} ^{xxiv}. Em um exemplo concreto, os pediatras expropriam a saúde das crianças de forma que estes estão saudáveis somente depois da examinação e revisão pelo profissional sem que valha de nada a experiência da avó, que habitualmente tem conhecimentos suficientes para ser competente ao respeito.

Com a expropriação da saúde se produz uma tripla iatrogenia: 1/ biológica, pelos efeitos adversos das intervenções médicas, 2/ social, por medicar a vida, e 3/ cultural, por destruir valores que ajudam a viver ao ensinar a conviver com os inconvenientes da vida.

Inclusive se expropria a morte e os médicos impõem sua ladainha tecnológica, falsamente científica. Assim, por exemplo, diante de uma adolescente em coma por causas não bem conhecidas, a conversação médica evita a compaixão e ternura e tudo gira em torno da “morte cerebral” e da “doação para seguir vivendo em outros”. O resto não importa, nem sequer o enfoque mais humano do cessar dos batimentos cardíacos e da respiração. Tão pouco se fala do cadáver, mas do corpo. Certamente, não se menciona “a pessoa que está morrendo” e sim “a paciente”. Muito menos se fala de agonia, mas do “processo”. Parece até que não haverá morte propriamente dita, seguida de decomposição. Tal adolescente não tem uma idade concreta e não se fala acerca de ter perdido a vida na flor da idade. Tudo é um pouco fictício, uma espécie de história que não deixa brotar nem a dor nem outros sentimentos. Não há lugar para a expressão do luto dos familiares e amigos, nem para os rituais ancestrais que consolam. Não se menciona nem se fala da solidão desse corpo que pulsa, não se contempla nenhum sentimento certo, é tudo aparência, pura palhaçada cruel, um “*mumbo-jumbo*” tecnológico, em expressão inglesa de David Shewnon^{xxv'} ^{xxvi}.

Ser médico

Um bom médico é um profissional sanitário altamente qualificado que precisa de atualização permanente e que, na prática clínica diária com restrição de tempo e recursos, é capaz de tomar decisões rápidas e geralmente corretas em condições de grande incerteza^{xxvii}.

Um bom médico é aquele que: 1/ é capaz de realizar diagnósticos certos e oportunos, 2/ faz uso prudente dos recursos preventivos, diagnósticos, terapêuticos e reabilitadores para maximizar benefícios e minimizar danos e 3/ tem habilidade para responder apropriadamente às necessidades de pacientes complexos em situações reais de limitações múltiplas^{xxviii}.

Convém desmistificar o “diagnóstico precoce”, que só é conveniente quando é também oportuno, e também convém desmistificar o diagnóstico em si e evitar a “tirania do diagnóstico”, que paralisa a ação até que se chegue ao diagnóstico^{xxix}.

Médico especialista focal versus médico especialista em medicina de família

O especialista focal sabe muito de seu campo concreto, definido por idade, órgão-aparelho ou técnica. O médico especialista em medicina de família sabe muito do frequente e do importante e presta atenção aos pacientes do berço ao túmulo.

O especialista focal “quer muito e tem pouco” enquanto o médico de família “tem muito e quer pouco”.¹

O especialista focal vê em peças o ser humano e o sofrimento; o médico de família vê o paciente globalmente, no físico, psíquico e social. O especialista focal controla mal a incerteza, enquanto o médico de família nada nela como em paz na água.

Os especialistas focais têm 1/ baixo limiar diagnóstico (quase sempre empreende atividades diagnósticas), 2/ uma longa jornada diagnóstica (investem muito tempo nele, com diversos exames e alto custo), e 3/ um alto limiar terapêutico (precisam de muita informação diagnóstica para decidirem o tratamento). Os especialistas focais têm uma alta razão de verossimilhança positiva e grande valor preditivo positivo de forma que costumam acertar quando dizem que alguém padece de uma doença de sua especialidade.

Entretanto, o médico de família tem 1/ um limiar diagnóstico muito elevado (valoram os casos mesmo que não valha a pena empreender qualquer técnica diagnóstica), 2/ uma breve jornada diagnóstica (investem pouco tempo e recursos no diagnóstico, pois contam com informação “leve” que lhes permite decidir muitas vezes sem recorrer aos dados duros dos exames e análises) e 3/ baixíssimo limiar terapêutico (decidem com rapidez a melhor alternativa terapêutica, inclusive sem diagnóstico, e com frequência utilizam o “esperar e ver”).

Na prática, o especialista em medicina de família atua muitas vezes sem chegar ao diagnóstico, com uma valoração da importância e gravidade do problema de saúde mas sem uma “etiqueta” que denominamos diagnóstico^{xxx}. Os médicos de família têm um alto valor preditivo negativo de forma que costumam acertar quando dizem que alguém está são, que não tem doença. Assim, os médicos de família podem manter os pacientes saudáveis, e até eles mesmos, longes dos especialistas focais, evitando diagnósticos e tratamentos desnecessários^{xxxi}.

Encaminhamento e filtro (“gatekeeping”)

O lógico é o trabalho concatenado dos médicos, de forma que os médicos de família atendam primeiro aos pacientes e encaminhem aos especialistas focais pertinentes aqueles poucos pacientes que podem se beneficiar dos seus conhecimentos concretos. Se está tudo bem organizado, o especialista focal atua com assessor e orienta ou resolve o problema e contra-referencia o paciente ao especialista generalista, para seu seguimento.

Ou seja, a atenção que os especialistas focais deveriam prestar é episódica e à demanda de seus colegas médicos de família, os quais decidirão qual especialista focal é necessário e para qual paciente.

Longitudinalidade

A característica básica da atenção primária é a longitudinalidade. É longitudinalidade a relação que se estabelece ao longo prazo entre o médico geral/de família e seus pacientes. É definida como: a) a atenção por um mesmo médico, ao longo de toda a vida, à maioria dos problemas do paciente e b) o reconhecimento da população e dos pacientes de uma fonte de cuidados com a qual se pode contar para o primeiro contato e para o seguimento dos problemas^{xxxii}.

Os médicos de família oferecem continuidade e longitudinalidade. Ou seja, oferecem seguimento dos problemas concretos de saúde (continuidade) e o seguimento da pessoa com o conjunto dos problemas de saúde que a afetaram ao longo da vida (longitudinalidade). Os médicos especialistas focais podem oferecer continuidade a alguns pacientes com problemas infrequentes e graves, mas não podem oferecer longitudinalidade.

Os benefícios da longitudinalidade são múltiplos, desde a diminuição da mortalidade dos pacientes à diminuição dos custos do sistema de saúde^{xxxiii}.

Longitudinalidade e processo diagnóstico

Do ponto de vista econômico, a longitudinalidade da atenção primária implica ganhos significativos de eficiência, uma vez que parte substancial do tempo médico é dedicada ao processo diagnóstico. Esse processo diagnóstico pode ser conceitualizado como um modo de redução sequencial das hipóteses iniciais por meio de um método hipotético-dedutivo, como expressa o Teorema de Bayes.

O médico coleta informação (história clínica, exame físico ou de exames complementares) para revisar as suspeitas iniciais e as probabilidades atribuídas a elas. Uma nova informação diagnóstica serve para revisar probabilidades até que seja mais vantajoso interromper o processo diagnóstico e começar a tratar ou não tratar (inclusive “esperar e ver”).

A boa prática de um médico de família, com uma longitudinalidade devidamente refletida na história clínica, permite avaliar a um custo muito baixo as probabilidades anteriores (condições de vida, por exemplo) aumentando a probabilidade pré-teste. O trabalho de filtro aumenta a probabilidade das doenças no

grupo de pacientes encaminhados e, portanto, melhora e justifica os métodos mais agressivos dos especialistas focais^{xxxiv}.

Suponhamos teoricamente que os médicos de família filtram bem os pacientes e a probabilidade de uma doença nos pacientes encaminhados aos especialistas focais sobe de 1 para 10%. Se supormos que os especialistas focais aplicam testes com

95% de sensibilidade e 90% de especificidade, o valor preditivo positivo destes testes passam de 8,7% para 51,3%^{xxxv}.

Em um exemplo real, na Holanda, sobre a hemorragia retal, a prevalência do câncer de reto e de sigmoide passa de 0,1% na população para 2% no consultório do médico de família (por efeito do filtro

pessoal e familiar) e para 36% no consultório do especialista focal (por efeito do filtro do médico de família)^{xxxvi}. Ou seja, a prevalência se

multiplicou por 20 quando o paciente decidiu consultar a seu médico de família, e por 18 quando este decidiu encaminhar o paciente para o especialista focal. Ao todo, a prevalência foi multiplicada por 360, de 1/1000 para 360/1000, o que facilita o trabalho deste especialista focal e compensa os danos de suas técnicas agressivas.

As quatro maletas do médico

Podemos considerar que os médicos têm quatro maletas (valises ou bolsas):

1. A maleta com os recursos materiais (os recursos próprios e alheios, e as normas que regulam seu uso, cujo conteúdo define a “capacidade de resposta” dos profissionais),
2. A maleta com o conhecimento geral (ciências e técnicas sobre o corpo humano, por exemplo, mas também os conhecimentos sobre a economia, sociologia, antropologia, filosofia etc.),

3. A maleta do conhecimento local, da cultura e das práticas e costumes dos pacientes, comunidades e populações concretas,
4. A maleta do compromisso consigo mesmo, com a profissão e com os pacientes, a comunidade e a sociedade.

Estas quatro malas devem estar bem cheias para assegurar uma atenção de qualidade^{xxxvii}.

Na atenção primária, são chave os dois últimos, pois o médico de família deveria conhecer a fundo a comunidade na qual trabalha e deveria comprometer-se por vida com seus habitantes. É o que chamamos de longitudinalidade, que exige a presença durante anos do mesmo médico, a oferta por este médico de serviços muito variados adaptados às necessidades locais (de ginecologia a pequenas cirurgias), a adscrição de uma população a este médico e o uso preferencial por esta população do médico adscrito, exceto para emergências vitais.

É difícil encher as duas últimas malas em sistemas sanitários nos quais não há estabilidade do médico de família no seu local de trabalho e onde não há população adscrita ao mesmo.

Agente do paciente

A base do trabalho médico é a “relação de agência”, o que exige conhecer a fundo o paciente, como pessoa e “ser doente” em sua família, em seu trabalho e na comunidade.

O médico não trata o paciente que ele mesmo gostaria de ser tratado, pois é agente do paciente. Portanto, o bom médico oferece ao paciente as alternativas que levam em conta os valores, crenças e expectativas do paciente, como se o médico fosse o próprio paciente e tivesse o conhecimento e experiência do profissional. Ou seja, no relacionamento de agência, o médico se “converte” em paciente e isso exige conhecer bem o paciente, ou cumprir o velho ditado: “Não há enfermidades, mas enfermos”.

Como agente do paciente não cabe o que se chama de “medicina defensiva” já que em realidade é “medicina ofensiva” uma vez que põe os interesses do médico a frente dos do próprio paciente^{xxxviii}.

Como agente do paciente, o médico de família facilita o uso racional dos recursos sanitários de modo que os benefícios compensem os danos. Portanto, convém ser crítico com os protocolos, algoritmos e guias clínicos, que em muitos casos carecem de fundamento científico^{xxxix}, como bem estuda Abel Nova^{xl}.

Com exemplos concretos, o bom médico de família:

1. Evita o uso desnecessário da radiologia, por sua capacidade cancerígena, especialmente na infância e adolescência; por exemplo, na infância cinco tomografias equivalem à radiação da

- bomba atômica em Hiroshima^{xli}, e em mulheres que quando crianças e adolescentes foram acompanhadas por escoliose se multiplica por três a mortalidade por câncer de mama^{xlii},
2. Não recomenda *check-ups*, revisões rotineiras que não trazem benefício^{xliii} e geral incontáveis e desnecessárias “cascatas” diagnósticas e terapêuticas^{xliv} para esclarecer resultados inesperados ou “incidentalomas”,
 3. Examina com o mesmo interesse o cu dos ricos e a boca dos pobres, pois, lamentavelmente, há o mesmo atraso no diagnóstico precoce do câncer de cólon que no câncer oral (em ambos os cânceres se diagnostica precocemente 36% dos casos)^{xlv}; o câncer oral é algo que afeta predominantemente a pobres, tabagista e alcoolistas,
 4. É cauteloso com as indicações sobre dietas e nutrientes, que geralmente carecem de valor científico, como ressalta John Ioannidis^{xlvi}, e pode-se resumir em “não meça o colesterol, seja feliz”^{xlvii}; por exemplo, o consumo de ovos não se associa a maior mortalidade cardiovascular^{xlviii},
 5. Evita recomendar rastreios de câncer pois carecem de impacto sobre a mortalidade^{xlix,l},
 6. Considera a periculosidade de todas as intervenções sanitárias, incluindo o “conselhos simples”, a medicalização do luto e outras muitas que se admitem como “simples e naturais” e por isso pouco perigosas (nesse sentido, como por exemplo, as recomendações de Alberto Ortiz e Vicente Ibañez para evitar a iatrogenia das intervenções psiquiátricas) ^{li},
 7. Tem uma visão global de respeito ante os pacientes obesos, geralmente vítimas da estrutura social e da pobreza, aos quais são inúteis e prejudiciais as pautas habituais de “dieta e controle do peso” ^{lii} pois a obesidade é um mais um problema político que médico,
 8. Não recomenda a “revisão ginecológica anual” já que carece de fundamento científico (a não ser no caso da citologia do colo do útero a cada três anos)^{liii} e evita o encarniçamento médico com as mulheres, principalmente na gestação, parto e puerpério^{liv},
 9. Leva em conta a sexualidade dos pacientes, aspecto chave em suas vidas que costuma-se ignorar mesmo no biológico dos efeitos adversos dos medicamentos (quando muito se fala de sexualidade em torno da prevenção das infecções de transmissão sexual e das gestações indesejadas)^{lv} e
 10. Mantém-se atualizado para ser resolutivo tanto em problemas agudos como crônicos; por exemplo, conhece a “regra dos cinco dedos” para o seguimento dos pacientes com diabetes tipo 2^{lvi}.

O que pode fazer o médico de família em seu consultório e em sua comunidade?

Diante do adoecimento, do sofrimento e da morte, um médico só em seu consultório e na comunidade pode se sentir pouco e ter a tentação de renunciar a possibilidade e exercer de forma sensata seu trabalho. Entretanto, é imprescindível que esse médico se entregue ao seu trabalho, aos seus pacientes e a sua comunidade. Há algumas chaves que podem ajudar:

Manter a dignidade. O trabalho de Juan Carlos Macedo demonstrou a necessidade de manter “a ilusão entre os médicos de família que duvidam de que seu trabalho seja digno por ser miseravelmente remunerado e/ou é realizado longe de tudo que é considerado brilhante, em um povoado no meio do nada, ou na periferia mais tenebrosa de uma cidade, ou em uma cadeia sórdida e abandonada, ou num centro de saúde urbano e sem importância.

A dignidade do médico com pessoa e profissional é a dignidade de seu trabalho, a limpeza de seu coração, o compromisso com o sofrimento de seus pacientes, o uso racional dos recursos a sua disposição, o raciocínio lógico e de sentido comum, o acervo de conhecimentos científicos mantidos e incrementados no essencial, o trabalho com cávida qualidade, a empatia com o marginal, a revolta frente à injustiça, o conhecimento dos limites de sua ciência e prática e, sobretudo, a resposta proporcional às necessidades do paciente, valorizando suas condições pessoas, familiares, laborais, sociais e culturais”. [lvii](#)

Tal dignidade se simboliza em mil formas como receber e se despedir dos pacientes em pé, na porta, ter na mesa do consultório flores frescas, respeitar as práticas e costumes locais e praticar uma Medicina Baseada na Cortesia [lviii](#). Também é simbólico respeitar as consultas “sagradas”, às que o componente emocional é máximo, como quando o paciente chora [lix, lx](#).

Fomentar a solidariedade. Solidariedade e a adesão e apoio a causas ou interesses alheios, especialmente em situações difíceis; esta adesão e apoio é característica essencial da espécie humana, e chave em sua evolução. A solidariedade é um valor que estimamos como importante individual e socialmente.

O sistema sanitário público de cobertura universal é a melhor expressão da solidariedade social e seus fins são:

1. Evitar as falências por adoecimento (muito frequentes onde não há tal sistema, como nos Estados Unidos, por exemplo) e
2. Prestar serviços sanitários segundo a necessidade (equidade, tanto horizontal “o mesmo para os que têm a mesma necessidade, tato vertical “mais a quem precisa mais”).

Assim, o sistema sanitário de cobertura universal responde a questões de convivência, ética, justiça e valores; ou seja, a questões de solidariedade. Portanto, não é uma questão preponderantemente monetária ou sanitária, mas uma questão política^{[lxi](#)}.

Reduzir a Lei de Cuidados Inversos. A Lei de Cuidados Inversos, enunciada por Julian Tudor Hart, se cumpre inexoravelmente. Esta Lei diz que se proporcionam cuidados sanitários em relação inversa aos que são necessários (e isto é mais intenso quanto mais orientado ao mercado é o sistema sanitário)^{[lxii](#)}. Por exemplo, apesar de contar com um sistema sanitário público de cobertura universal, as mortes por causa infecciosa atingem três vezes mais a classe baixa na Espanha.

A partir do consultório se pode fazer muito para reduzir o rigor da Lei de Cuidados Inversos. Por exemplo, dedicando mais tempo aos que mais precisam (pacientes com surdez e outras deficiências, imigrantes e outras pessoas que não conhecem o idioma local, os “insignificantes” de Gustavo Gutiérrez, os pacientes que consomem drogas por via parenteral, os idosos etc.). Também se faz muito registrando dados (ocupação, escolaridade) na história clínica que permitam valorar o impacto da classe social na saúde e na resposta do sistema sanitário. E claro também, aprendendo a língua local e a dos imigrantes, seja quéchua em Cotacachi (Equador) ou urdú em El Raval (Barcelona); o conhecimento fluente das línguas locais é condição *sine qua non* para trabalhar na atenção primária. Mesmo assim, deve-se sair do consultório e da comunidade, por exemplo para prestar cuidados domiciliares, especialmente aos que estão reclusos em seus lares, que costumam ser os mais desfavorecidos, e para cooperar com o sistema de apoio social e os dispositivos do bairro/comunidade etc. Como escreveram Anna García-Altés e Vicente Ortún, precisa-se mais de “programas para a criança pobre” do que “programas para a criança saudável”^{[lxiii](#)} pois às puericulturas comparecem justamente as crianças que menos necessitam.

Em geral, a opção política e social depende da sensibilidade e da formação dos médicos como indivíduos políticos, mas se pode atuar como cidadão, selecionando e favorecendo as alternativas políticas que trabalham ativamente com o fim de melhorar as condições de vida, e como cientista, gerando conhecimento científico que evidencie o impacto da classe social na saúde, para facilitar a adoção de medidas corretivas da inequidade^{[lxiv](#)}.

Praticar a escuta. Não há melhor instrumento diagnóstico e terapêutico que a escuta respeitosa. Mas já disse Nanni Moretti no seu filme autobiográfico “Caro Diário”: “Os médicos sabem falar, mas não sabem escutar”. De fato, após iniciar a consulta, os médicos costumam interromper os pacientes aos 16 segundos para “dirigir” a entrevista

(e converte-la em um verdadeiro interrogatório)^{lxv}. Quando se permite que os pacientes falem livremente, sem interrupções, a maioria se esgota em dois minutos^{lxvi}.

O estilo sincopado imposto pelos médicos é bem retratado neste diálogo entre um investigador e um paciente que acabou de sair do psiquiatra^{lxvii}:

- Pesquisador: “O que você conversou com o médico?”
- Entrevistado: “Eu não conversei com o médico”
- Pesquisador: “An?”
- Entrevistado: “O médico fez perguntas, eu respondi. Nós não conversamos”

Esta realidade é exemplo do estilo autoritário predominante no qual o paciente só tem direito a contestar o interrogatório sem impedido do médico^{lxviii}.

Permitir ser conhecido. Os médicos de família deveriam “cheirar como suas ovelhas”; ou seja, incorporar-se na comunidade em que atendem e formar parte dela na forma de um recurso sanitário essencial. Mas também deveriam ser conhecidos por seus pacientes e pela comunidade em sua filosofia de vida e de prática clínica e em seu histórico vital. Por exemplo, para tornar conhecido que não recebe os representantes das indústrias farmacêuticas, nem aceita seus presentes e convites, para deixar claro que não discrimina por nenhuma razão nem opção (sexual, política etc.), para garantir o uso de tranquilizantes e analgésicos (inclusive morfina) para que seja “sã” a morte no domicílio do paciente que queira morrer em casa.

Os pacientes têm direito de saber algo sobre o médico que os atende. Não basta só saber que tem os estudos e a certificação, além do seu nome. São importantes algumas questões filosóficas e práticas, como seu pensamento sobre a dignidade do morrer, ou ante a influência dos laboratórios farmacêuticos^{lxix}.

Não estar só. O médico de família pode se sentir muito solitário e pequeno diante da imensidão da “ciência” e das influências comerciais e políticas que tergiversam a boa medicina. Se tem vontade e constância, este médico será um “perdedor de longa distância”, mas não está só neste caminhar da dignidade e da solidariedade^{lxx}. Somos muitos os que tentamos a cada dia que as coisas melhorem, e conseguimos, mesmo que seja em pequena escala. É importante englobar-se nestes grupos locais, nacionais e internacionais, pois já disse Margaret Mead: “Nunca duvide de que um pequeno grupo de cidadãos possa mudar o mundo. Verdadeiramente, são os únicos que já conseguiram^{lxxi}”.

Há múltiplos grupos e pessoas às quais seguir e apoiar, que ajudam a manter a chama da ilusão e da dignidade no trabalho e na vida. Por exemplo, “NoGracias”, “MédicosSinMarca”,

“Revolución Delirante”, “Choosing Wisely”, “Seminarios de Innovación en Atención Primaria (SIAP)” etc.

Sintetizando

Nós médicos temos dois objetivos: 1) evitar-tratar-paliar o sofrimento e 2) ajudar os humanos a morrer bem. Quando os alcançamos podemos fazer tão bem ao ponto do paciente desejar beijar nossas mãos ao comprovar os “milagres laicos cotidianos” que realizamos. Lamentavelmente, nos consideramos cientistas e tendemos a deixar de ser sanadores capazes de “milagres laicos cotidianos”. Vamos de sanadores a curandeiros e terminamos como magos com promessas impossíveis, como a vida eterna na Terra, e assim acabamos como comerciantes com interesses predominantes em fazer negócios^{lxxii}.

Fingimos ignorar que, quando um médico trabalha como médico, pode parecer um deus. Fingimos ignorar que os “milagres laicos cotidianos” são fundamentais para os pacientes e seus familiares, para a comunidade e para a sociedade. Também são importantes para o profissionalismo, para a entrega a sagrada tarefa que é o trabalho do médico^{lxxiii}.

Sejamos médicos então. Trabalhemos como tais; somos necessários

Nota

Este texto sintetiza a palestra com os residentes de Medicina de Família e Comunidade da Universidad Central del Ecuador em Quito, no dia 14 de agosto de 2019. Apoiaram a atividade a Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar e a Universidad Central del Ecuador.

Se houver erros, eles são os dos signatários que verificaram cuidadosamente cada compromisso e dados. Você pode notar a excessiva auto-nomeação, justificada por ser uma palestra baseada em nosso próprio trabalho.

Estamos abertos a receber comentários, críticas e sugestões dos leitores, além de perguntas e pedidos de bibliografia detalhada sobre tudo o que é discutido.

Mercedes Perés-Fernandez é graduada em Medicina, está aposentada da prática clínica como médica generalista no Sistema

Nacional de Salud de España (1974-2010), é especialista em Clínica Médica e é coordenadora do Comitê de Ética da

Red Española de Atención Primaria (desde 1990 até o presente)

Juan Gervas é doutor em Medicina (MD, PhD), está aposentado da prática clínica como médico generalista no Sistema Nacional de Salud de España (1974-2010), é Profesor Visitante de Salud Internacional, Escuela Nacional de Sanidad, Madrid, Espanha (desde 2004 até o presente), é

membro do Comitê de Vacinas da Sociedad Española de Salud Pública (SESPAS) (desde 2012 até o presente), é membro do grupo de especialistas internacionais independentes para assessorar gratuitamente a jornalistas sobre questões sanitárias e de saúde Health News Review (desde 2017 até o presente) e foi Professor Visitante no Department of Health Policy and Management da School of Public Health, Johns Hopkins University, Baltimore, USA (1991-2003).

Após a discussão desfrutamos de uma *pambamesa*, tradição ancestral que permite compartilhar alimentos, organizada por uma *minga* entre os R1 e R3 de Medicina de Família.

Ney Loor, estudante de Ciências da Saúde, e do grupo Batallón JJ, animou a noite para que pudéssemos dançar. A todos eles, nosso agradecimento. Dedicamos este texto aos pós-graduandos da Pós Graduação em Medicina Familiar e Comunitária da Universidad Central del Ecuador e aos quais a dirigem, assim como ao Decano da Facultad de Ciencias Médicas, Dr. Ramiro Estrella, que inaugurou a discussão.

As perguntas dos pós-graduandos e professores, e a presença deles, tiraram o melhor de nós mesmos.

Professores da Pós-Graduação:

Dra. Glenda Guayasamin, Coordenadora da Pós-Graduação UCE. Dr. Juan Carlos Cazar, Diretor da Escuela de Medicina. Dr. José Eras, Dra. Sandra Aguirre, Dr. Xavier Maldonado e Dra. Sofía Cañadas, Preceptores Comunitarios e Docentes.

Pós-graduandos: ALVARADO TUSO ANA BEATRIZ, ALDAS BAYAS PATRICIO XAVIER, ARGOTI ENRIQUEZ DIEGO ROBERTO, ASIMBAYA QUINGA JORGE, BAPTISTA BOSCAN KAROL PATRICIA, BARRETO TAMAY OLGA ELIZABETH, CAGUANA VERGARA JENNY LORENA, CASA TOAQUIZA BLANCA MARIBEL, CUEVA ZURITA NILDA GABRIELA, DUFFEY CASTILLO DORIS ELIANA, ESCOBAR BAUTISTA ABRAHAN RODRIGO, FLORES FERNANDEZ ANDREA GEOVANNA, GAIBOR BRAGANZA MARÍA BELEN, GALAN LOPEZ CAROLA DE LOURDES, GARCIA REZABALA DAVID, GUERRA ESCOBAR JENNY GISSELA, GUERRERO SOLIS GABRIELA, LUNA DELGADO MARIEN JANINA, MACAS MACHADO CARLA NATALIA, MOREIRA MERA SCHUBERTH, MUÑOZ MOREIRA GALO EDISON, OCHOA TORRES PAOLA FERNANDA, ONOFRE RUIZ PAUL FERNANDO, PACA AJITIMBAY MARIA CONCHITA, PEREZ ORTIZ JADIRA ALEXANDRA. PUENTE GALEAS LUCÍA FABIOLA, QUINTERO KLINGER FLORINDA, QUIROZ GILER MARGARITA SALOME, RODRIGUEZ MOYA MARIA GABRIELA, RODRIGUEZ ULCUANGO LAURA ALEXANDRA, SALAZAR MEJIA VALERIA, SANDOVAL VILLEGAS PAULINA JEANNETH, SILVA SALAZAR GREGORIO, VINICIO TAPIA DIAZ ALEXIS ROBERTO, TERAN GARRIDO ANA CECILIA, TOAPANTA VALDIVIEZO KARINA, TORRES MIRANDA NORMA

SUSANA, TUTILLO MATABAY ANGELICA, VALENCIA JIMÉNEZ
GABRIELA, VARGAS REYES ANA CRISTINA, VELIN FLORES MARIA
CRISTINA, VINCES GUAMAN CARLOS ANDRES, ZAMBRANO
ALVAREZ JEANNETH ANDREA e ZURITA ALMEIDA MARIA DOLORES.
R-1 e R-3 que estiveram a cargo da *pambamesa*: XAVIER GUAMAN,
MICHELLA PAZ, MARIANA PASTO, JUAN CACUANGO, JHONNY
CALAHORRANO, MERCEDES SOLORZANO, GABRIELA
ALBAN, ELIZABETH BRAVO, PILAR GUILLEN, LORENA LAHUASI,
SORAYA VITERI, JOHANNA SIGUENCIA, GREASE MUÑOZ, DAISY
AQUINO, SULAY AQUINO, PAOLA HEREDIA, CARMEN CALERO,
VERONICA ALLAN, MAGALY MORETA, PAOLA PEREZ, EDISON
RUANO, CARLOS HUILCATANDO, VERONICA RIVADENEIRA, ISAMEL
VELEZ, LUCY RIVERA, MIRIAM RIVERA, DANNI VILLADAREZ,
MARLENE YANQUI, VERONICA ALBAN, ANDREA SUAREZ, MAURA
MOLINA, ALEJANDRO VELASTEGUI, YOLANDA CACHAGO,
CHRISTIAN ESPIN, SANTIAGO MARIN, HARRY PARRALES, EVELYN
SARAUZ, TATIANA SUQUILLO, MERCEDES POZO, PAULINA
MARTINEZ, PAOLA YACELGA, JAQUELINE MENDEZ, GLADYS
CEPEDA, ANDREA VARELA, ISMAEL ÑACATO, NADIA PACHACAMA,
GERANIA MARTINEZ, WENDY ACOSTA, CLARAINES CORTEZ
GABRIELA ACOSTA TATIANA PADILLA KARLA CORREA MARCO
PEREZ, XAVIER MONROY, MARIA ELENA QUILLUPANGUI, CECIBEL
PAREDES, RUTH MOLINA, ERIKA MORALES, ANDREA HIDALGO,
KARLA GONZALEZ, CARLOS RODRIGUEZ, DIEGO QUITO, GRACIELA
TOALOMBO, NEREIDA SUSANA CABEZAS COBA, CUICHAN
BAUTISTA, CARLOS LUIS SILVA BEMOS, WILFRIDO ALADINO,
ALARCON TATIANA , AMAGUAYA SANDRA, ARANDA PATY,
GUALAVISI VERONICA, JAYA CARLOS, GLENDA CARDENAS, XIMENA
VELA, KATY HERRERA, DIEGO VELASCO, JUAN CARLOS GARCIA,
ANA MARIA MENDOZA, MARIA CALVOPÍÑA, TAMARA CALDERON,
ROBERTO MERA, MARIA TOAPANTA, MARGARITA ANDRANGO,
MAYRA RAMIREZ, MAGALI SILVA, DAYSI TIERRA, WILLIAM VELASCO,
ANDREA VARGAS, KATIANA AGUILAR, VERONICA CAZAR, PAOLA
CORNEJO, ELIANA FALCON, ELIZABETH GAIBOR, ESTEFANIA
PALACIOS, VERONICA GUADALUPE, CAROLINA GARCES, LISBETH
DIAZ, SILVANA FARINANGO, STEFFANNY CORTEZ, ANABEL
SANCHEZ e GONZALO PEREZ