

Por Paulo Poli Neto e Cadri Massuda (*)

O médico de família está cada vez mais presente no discurso e na prática das operadoras de planos de saúde, e já temos diversas iniciativas em todo o país. No Sistema Único de Saúde (SUS), o crescimento dessa especialidade médica e da Atenção Primária (APS) vem ocorrendo desde 1994, apesar de as primeiras residências médicas terem surgido na década de 1970.

No Brasil e na maioria dos países da América houve um declínio da figura do médico generalista no século XX e uma onda de hiperespecialização. Na Europa essa transição aconteceu de uma forma diferente. A criação de sistemas nacionais de saúde estimulou um equilíbrio na formação e na oferta de médicos de família em comparação com os demais especialistas.

Nesse modelo, o médico de família é o responsável por ser o primeiro e continuado contato dos pacientes para a maioria dos problemas de saúde e é seu papel regular o acesso aos demais serviços do sistema. Para isso, o Estado garante uma proporção na formação entre especialistas e generalistas. Na Inglaterra ou no Canadá, o médico precisa ter feito uma residência médica para poder clinicar e em torno de 40% das vagas totais são de medicina de família.

O modelo predominante nos planos de saúde no Brasil, no entanto, é o do acesso direto do beneficiário a uma gama de especialidades. O paciente é quem precisará escolher como acessar os serviços, independentemente da sua queixa. Um adulto de 40 anos que tem se preocupado recentemente com a sensação de fisgadas no peito terá que escolher entre o cardiologista, o ortopedista, o gastroenterologista e, ainda, se uma consulta eletiva ou de urgência. Todos esses profissionais, por mais qualificados que sejam, atuarão com o objetivo de excluir se a causa do sintoma está relacionada à sua especialidade ou se é um caso urgente. Isso quer dizer que não necessariamente irão se preocupar em compreender de forma ampla a o problema do paciente.

Em outro exemplo, uma mulher de 58 anos, com hipertensão arterial, diabetes, obesidade, artrose nos joelhos (problemas bastante frequentes) consultaria com diversos médicos sem haver uma coordenação do cuidado entre eles: quem avaliará o paciente de forma integral? Quais os profissionais responsáveis pelas descompensações desses quadros? Qual médico cuidará de todas as prescrições médicas, para avaliar interações medicamentosas, efeitos colaterais?

Estudos como os realizados pela pesquisadora Barbara Starfield nas décadas de 1990 e 2000, comparando sistemas de saúde de diversos países, ajudaram a entender a diferença entre esses dois modelos, o com acesso direto aos especialistas focais e aqueles com o médico de família como referência central para o cuidado. Nesse último, indicadores de saúde como os de internações por condições sensíveis à atenção primária e mortalidade infantil, dentre outros, são melhores e os custos mais baixos. Os pacientes avaliam bem esse modelo, porque passam a contar com um profissional acessível e de referência para a maioria das suas dúvidas e problemas de saúde.

Em uma sociedade ou cultura que valoriza o conhecimento fragmentado pode parecer um paradoxo a defesa do generalista, mas não ao se compreender que a área de atuação do médico de família em um sistema de saúde, que combina generalistas e especialistas, também é um recorte, que merece especialização e aprofundamento. A explicação pode estar na distribuição dos problemas de saúde. Todos nós convivemos com sintomas, como demonstrou o estudo de White e colaboradores em 1961.

Cefaléia, dor lombar, dor de estômago, azia, ansiedade e tristeza estão entre os mais comuns. Esses sintomas não necessariamente se relacionam a uma lesão em algum órgão ou a uma alteração perceptível do funcionamento do corpo. O contexto em que os sintomas surgiram, os hábitos de vida, a compreensão do paciente sobre eles podem ser tão ou mais importantes. O maior desafio terapêutico nesses casos não é investigar sempre com o exame mais específico até

encontrar algo ou ter que dizer ao paciente que nada foi encontrado e que um especialista em outra área será necessário.

Ao acompanhar as mesmas pessoas ao longo do tempo por problemas indiferenciados, o médico de família poderá lidar com a maioria deles e exercer a função de filtro, definindo as situações que precisarão de um encontro pontual ou continuado com outros profissionais ou de exames mais específicos. Nesse desenho, o médico de família faz uma composição com os especialistas focais, permitindo a esses dedicar mais tempo à área em que se aprofundaram e oferecendo maior retorno para o sistema de saúde do qual fazem parte.

(*) **Paulo Poli Neto** é médico da família.

(*) **Cadri Massuda** é presidente da Abramge – Associação Brasileira de Planos de Saúde.

Fonte: [Previdência Total](#), em 04.01.2017.