

## QUESTÕES:

1. Quando será justificável abandonar uma conduta mais moderada no uso dos exames complementares, substituindo-a por atitude mais ativa de "documentação" do caso clínico?
2. Em que condições se submeterá à cirurgia um nódulo isolado de tireóide, sem previamente pedir exames complementares?
3. Qual é o grau de sensibilidade e especificidade dos critérios utilizados nas normas de Jones para a febre reumática (classifique-os em ordem crescente de utilidade, de + a +++)?
4. Embora o tratamento da tuberculose dure 1 ano ou 1.1/2 ano (conforme a norma utilizada), a baciloscopia e a cultura tornam-se negativas após 3 ou 4 meses. Como se acompanharia a evolução da infecção, uma vez decorrida esta fase?
5. Uma determinada prova laboratorial tem a especificidade bastante elevada de 99,9%. Que reflexos trará isto no diagnóstico de uma enfermidade cuja incidência é de apenas 1 em cada 10 mil indivíduos, se fizer parte de uma rotina de *check-up*?

## 13.

## A PROFISSÃO

Todos os pacientes internados no hospital-escola são portadores de doenças graves e grande maioria ainda pode ser beneficiada pelo tratamento. Leitos sempre são escassos para as necessidades e não se reservariam vagas, por motivos sociais, para pacientes considerados "casos perdidos", a não ser que sejam, ao mesmo tempo, "casos interessantes". Elevada proporção dos leitos é ocupada pelas clínicas cirúrgicas.

Esta situação pinta ao estudante um quadro irreal da Medicina em seu sentido mais amplo.

Para começar, apenas parcela do atendimento médico tem como cenário o hospital de ensino. A distribuição da demanda médica para uma população norte-americana típica, estudada no decorrer do ano de 1970, foi a seguinte:

População em risco .....	1.000 indivíduos
Consultaram-se em ambulatório pelo menos uma vez .....	720 "
Foram admitidos a um hospital pelo menos uma vez .....	100 "
Foram admitidos a um hospital universitário pelo menos uma vez .....	10 "

Toda vez que a demanda de saúde é bem atendida, não havendo obstáculos ao freqüente contato entre a população e os profissionais, a Medicina toma aspecto menos dramático. São mais raras as doenças de diagnóstico preciso, as doenças graves; a experiência de um ambulatório do interior demonstrou que cerca de 80% dos pacientes comparecem com queixas que podem ser chamadas benignas, 15% são doenças de média gravidade, somente 5% podendo ser rotuladas de verdadeiramente graves.

Também é inseguro raciocinar em termos de "cura": elevada proporção das queixas trazidas ao médico desaparece espontaneamente, ao término de alguns dias, mesmo sem intervenção do profissional; quanto ao restante, é composto predominantemente por afecções crônicas, e a *cura radical* é infreqüente, ficando ao alcance da Medicina apenas o *alívio* das queixas.

É natural que tal estado de coisas, inteiramente insuspeito desnorteia o recém-formado.

Se, a princípio, o conceito de doença parecia suficientemente claro, aplicando-se o termo áquelas patologias que, quando não causavam a morte, pelo menos impediam que se levasse uma vida normal, na prática o novato logo percebe que a "qualidade de vida" tem inúmeras graduações. Esta gama de quadros clínicos estende-se desde a indisposição passageira de corpo ou espírito até um extremo em que a sobrevivência é impossível; para aquele dotado de imaginação, doença inicia-se mesmo antes que o indivíduo perceba que algo está errado com ele, como no exemplo da hipertrofia prostática ainda assintomática.

Embora seja correto chamar de "doença" todo distúrbio de saúde, pequeno, grande ou médio, porquanto assim se define o campo de responsabilidade do profissional, o médico novo resente-se da falta de uma nomenclatura mais restritiva. Mas, parece que a própria linguagem do paciente já reconhece certas distinções: a palavra "doença", aparentemente só a reserva aos distúrbios que considera graves e incapacitantes, caracterizando as demais através de termos como "ruindade", "confusão", "incomodo", "novidade", ou "alteração". E é comum ouvi-lo responder, quando lhe perguntam que doenças já teve, que "Doença, doutor, doença nunca tive nenhuma..." com o que já dá a devida perspectiva à queixa que lhe trouxe ao consultório.

O médico foi treinado para diagnosticar e tratar as "grandes doenças", notando-se-lhe, quanto ao cuidado dispensado à história e ao exame clínico, quanto à preocupação com que se põe a preencher os pedidos de exames complementares, que toda a sua conduta de médico foi moldada visando este objetivo. Em face de uma vasta gama de achaques e sofrimentos, experimenta dificuldades em reconhecer a partir de que ponto começa seu setor específico de atuação. Será a insônia uma doença que a ele cabe resolver? Pertencerá ao seu campo a surdez traumática do caldeireiro, ou é questão de Medicina do Trabalho? Será, em verdade, uma doença a escassez de leite da puepera, ou é melhor mandar a mulher a uma enfermeira prática? Não lhe é difícil reconhecer

na obstrução prostática um problema que compete ao médico, e encara a uremia como doença grave, que compensa urgente internação em hospital; todos os estágios anteriores, porém, preferia relegá-los aos cuidados daquele que pratica a Medicina Preventiva.

Sempre que possível, o paciente prefere consultar-se com o próprio médico, pois a ele atribui *status* mais elevado; mas quando o acesso ao consultório lhe é dificultado, não hesita em aproveitar-se de alternativas.

Estudo recentemente feito ao norte do Paraná mostrou que apenas 25% dos medicamentos eram adquiridos com prescrição médica, o restante das compras devendo-se ou à iniciativa própria ou, o que era muito mais comum, à indicação do empregado da farmácia. Sem dúvida, a última destas soluções era prática: não pagava honorários profissionais e não enfrentava longas filas de espera à porta dos ambulatórios. A estatística demonstrou, ainda, que a receita da farmácia custava a metade da prescrição do médico, que era menos sóbria.

Todas as culturas primitivas têm a sua *Medicina popular*, e sua *Medicina de médico*. Consulta-se o médico para as queixas agudas e incapacitantes, enquanto que as afecções crônicas, com as quais ainda é possível conviver, são encaradas de um modo mais simplista. Na África descreveram-se três grupos de enfermidades: as queixas triviais e comuns da vida diária, tratadas através de remédios caseiros; as "doenças européias", como a malária ou a boubá, acessíveis somente à ciência do médico branco; as "doenças africanas", aquelas cuja existência o médico não reconhecia e a cujo respeito, portanto, não devia opinar — e que eram território privativo do curandeiro.

Embora ser visto pelo médico confere um pouco de *status* ao paciente e à suas queixas, todos reconhecem e usam uma série de alternativas para aconselhar-se a respeito dos problemas que os afligem (Fig. 77).

Como é limitada a capacidade de atendimento do médico, e pequena a sua experiência no aconselhamento dos problemas não especificamente orgânicos, a situação descrita seria bastante sadia se os *outros elementos* do diagrama sempre tivessem suficiente bom senso para evitar a invasão dos territórios vizinhos. Isto nem sempre é verdade.

Mas também não constitui solução viável deixar ao encargo do próprio médico a totalidade da demanda sentida, não só porque jamais conseguiria atendê-la sem ser obrigado a discriminar, a selecionar, mas porque tal prática implicaria num desperdício de talento, na negação de longos anos de um aprendizado especia-

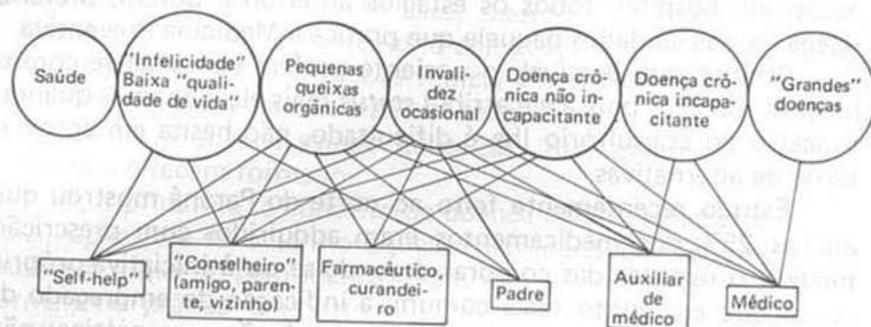


Fig. 77 — Opções disponíveis, nos diversos problemas de saúde.

lizado. Achar que o atendimento de toda a sorte de problemas deva ser da exclusividade do médico é tão absurdo como atribuir ao general de cavalaria a limpeza das cavalariças, esperar que os bispos se encarreguem da extrema-unição, que o acadêmico de pintura tivesse o monopólio da pintura de paredes.

Todo o processo de formação do médico enfatiza os pontos altos da Medicina, as enfermidades de diagnóstico diferencial difícil, as emergências clínicas e cirúrgicas que, por ameaçarem a vida, exigem habilidade e conhecimentos atualizados. Não obstante isto possa resultar em benefício para o paciente, envolve também sua parcela de exageros: por via das dúvidas, não se discrimina entre doenças graves e benígnas, e todo o aparato se mobiliza tanto para umas como outras, na maior parte das vezes desnecessariamente.

Nutre-se, igualmente, expectativas um tanto radicais e otimistas quanto aos resultados da intervenção da Medicina. O enfoque é sobre a *cura*, e todo o mais será insatisfatório. Segundo este esquema, a *melhoria parcial*, o *alívio*, serão apenas paliativos, resultados incompletos que poriam em dúvida a onipotência das ciências da saúde. Certamente seria anti-didático deter-se em tais perspectivas.

A terceira das distorções que acompanha o ensino em hospital-escola é seu *imediatismo*. Já que o contato com o paciente deve-se à existência de reais problemas orgânicos e se faz numa ocasião precisa, que dura apenas poucos dias, a filosofia dos "cuidados continuados" é desprezada, a vigilância e o prognóstico a longo alcance não merecem ênfase. Trata-se de resolver um problema imediato.

PACIENTE n.º 20: V. G., 58 anos, sexo feminino, prendas domésticas.

Esta senhora tem bom aspecto físico, mostra-se disposta, mas tem uns 15 quilos a mais que seu peso desejável. Sua situação econômica é excelente (o marido é dono de um cinema, dedicando-se, ainda, a especulação com imóveis), e nada impede que vá freqüentemente ao médico.

Não procura solução para a obesidade; embora não se considere indulgente com a alimentação, engordando "mesmo que não como nadinha", reconhece que seu peso é também subproduto da falta de atividade física. Desde que as filhas casaram e saíram de casa, depois que os negócios do marido melhoraram, permitindo-lhe empregada e cozinheira, com sobras de tempo para assistir à TV e ler revistas populares, movimenta-se pouco.

Veio consultar-se para uma rebelde obstipação intestinal. E faz questão de frizar que espera que seu novo médico seja mais eficiente que a dezena de colegas que o precederam. Já experimentara os mais diversos laxativos, mas, depois de um período inicial de relativo benefício, todos se revelaram ineficazes ("o corpo acaba acostumando-se a eles").

De hábito, toma leite de magnésia à noite, mesmo assim só conseguindo evacuar cada 3 ou 4 dias, escassamente e "com muito esforço". Constantemente sente-se pesada e mole, com uma sonolência exagerada, que atribui à "intoxicação". Refere excesso de flatos. Freqüentes e abundantes eructações após as refeições, assim como aumento de volume do abdômem, a ponto de ser obrigada, quando vai a jantares festivos, a ir ao banheiro para afrouxar a cinta, meia hora após comer.

De nada mais se queixa. Sua história pregressa é surpreendentemente livre de doenças. Teve 4 filhas, todas de parto normal. Jamais foi operada.

Certamente não é paciente hipocondríaca e suas queixas são reais.

Existem quadros clínicos a cujo respeito o hospital universitário dá escassas informações, pois a estes pacientes não se considera doentes, e pouco tempo se lhes dedica. Trata-se, porém, do "feijão e arroz" da vida diária do profissional de saúde, embora não sejam tão fáceis de caracterizar como a fratura do colo de fêmur ou o volvo de sigmóide.

São quadros que não podem ser dignificados através de diagnósticos precisos. Seria melhor chamar V. G. de "a mulher obesa com prisão de ventre", rótulo pouco científico mas bastante fiel à realidade. Outros exemplos, igualmente corriqueiros são:

"O adolescente, em véspera de exame, que se queixa de falta de memória."

"A múltipara, de condição humilde, que tem disuria e corrimento vaginal".

"O operário braçal, com dor na 'caixa do peito'".

"A dona de casa que, já ao levantar, sente-se cansada."

"O executivo que procura remédio para sua impotência sexual".

"A recém-casada, com crises de enxaqueca."

"A mulher obesa, polioperada, com dor no baixo ventre".

"A tosse matinal daquele que fuma há mais de 50 anos."

E muitos outros.

Todos estes pacientes ocupam a terra de ninguém entre saúde e doença declarada. E como tal, seus problemas não são julgados de muito interesse.

Por sorte, V. G. tem os recursos necessários para tratar-se com competentes gastroenterologistas, e não há dúvidas de que será bem assistida. Mas que tipo de atenção lhe seria dada se tivesse que recorrer a outras opções?

A vizinha de frente, ou a comadre, lhe recomendaria meia dúzia de ameixas pretas, diariamente ao jantar.

Sem dúvida o farmacêutico da esquina procuraria vender-lhe o último lançamento de afamado laboratório, laxativo mais potente que os anteriores, embora de "efeito brando".

Uma amiga de infância possivelmente se esforçaria para transformá-la em adepta de Yoga, sua última paixão: esta prática não só regularizaria o ritmo intestinal, mas resultaria em rápida perda de peso.

A cabeleleira, por outro lado, expressaria dúvidas a respeito; para ela nada substitua a massagem, especialmente da musculatura abdominal, e a ingestão de pelo menos dois litros de água mineral ao dia.

Mas se V. G. fosse ser obrigada a enfrentar a fila do hospital universitário, em seguida sendo atendida por acadêmico de último ano, seria totalmente diversa a conduta. Depois de averiguar que a paciente nascera em Minas Gerais (Ribeirão Preto também serve), seu primeiro cuidado seria excluir a doença de Chagas como causa da obstrução intestinal, pois indiscutivelmente *alguns casos* são devidos ao megacolon chagásico. Depois de um rápido exame, o acadêmico pediria uma reação de Machado-Guerreiro, um eletrocardiograma e uma radiografia de cólon, mandando a paciente voltar quando todos estes exames estivessem concluídos (em uns 30 dias, digamos).

Nenhuma destas condutas acarretaria prejuízo imediato para a saúde da paciente. Os quatro primeiros conselhos leigos, porém, que visam apenas o sintoma, esquecem que o mesmo poderá fazer parte de uma variedade de doenças, embora seja muito remota a possibilidade de alguma patologia mais grave. A única atitude verdadeiramente científica é aquela do estudante de Medicina, cuja única preocupação é com o diagnóstico, e que se utiliza fartamente dos exames complementares para atingir seus

objetivos. Mas, se a comadre, o farmacêutico, a amiga de infância e a cabeleleira erraram por omissão, encarando a queixa como se a mesma só pudesse ser benigna, o doutorando errou por excesso de zelo, decidindo que primeiro lhe caberia afastar a possibilidade de doença grave e, ao fazê-lo, lançou mão de recursos sofisticados e caros demais para se transformarem em rotina aplicável à prática.

Não existirá solução intermediária?

"Profissional de saúde" não é eufemismo para médico. Com efeito, este não compreende mais do que 1/20 dos recursos humanos ocupados no setor, nos países em que o mesmo está bem estruturado. Alguns destes profissionais não tratam diretamente de doentes nem de doenças, mas modificam um ambiente; trabalham no quase-anonimato e a maioria da população desconhece o importante papel que desempenham: são os administradores, o engenheiro sanitário, as equipes de campo que combatem o mosquito da malária e da febre amarela, que drenam pântanos ou cobrem de inseticida as casas que abrigam os vetores do *T. cruzi*. Também há aqueles que lidam com gente, mas gente sadia, nas escolas, nas fábricas ou na própria comunidade, procurando vacinar, fazendo educação sanitária, orientando a higiene do parto ou da nutrição infantil, oferecendo assistência social. E, finalmente, existe todo um grupo de profissionais que se encarregam do indivíduo doente, embora para o grande público este setor seja personificado pela figura mítica do médico (o dentista, por exemplo, igualmente munido de diploma universitário, não goza do mesmo prestígio). Esta categoria inclui tanto o técnico de laboratório como aquele que trabalha em gabinete de raios-X, tanto a enfermeira como a auxiliar de enfermagem ou atendente de hospital, compreende psicólogos, fisiatras, foniatras, e assim por diante: todo um exército de profissionais designados pelo nome pouco lisonjeiro de "pessoal paramédico".

Não é preciso de muita humildade, porém, para reconhecer que, embora o médico tenha reivindicado o generalato, somente consegue manter a liderança porque outros prepararam os instrumentos e a infraestrutura, organizaram os esquadrões, treinaram as tropas, fizeram os planos. E é fácil de compreender que o exercício da Medicina só é bem sucedido, em termos não do indivíduo isolado mas da sociedade em geral, naqueles países que já alcançaram um certo nível de desenvolvimento econômico, este traduzindo-se em termos de melhor higiene (alimento, habitação, saneamento básico), numa eficiente organização do sistema de

saúde, e numa prestação de serviços acessível à totalidade da população.

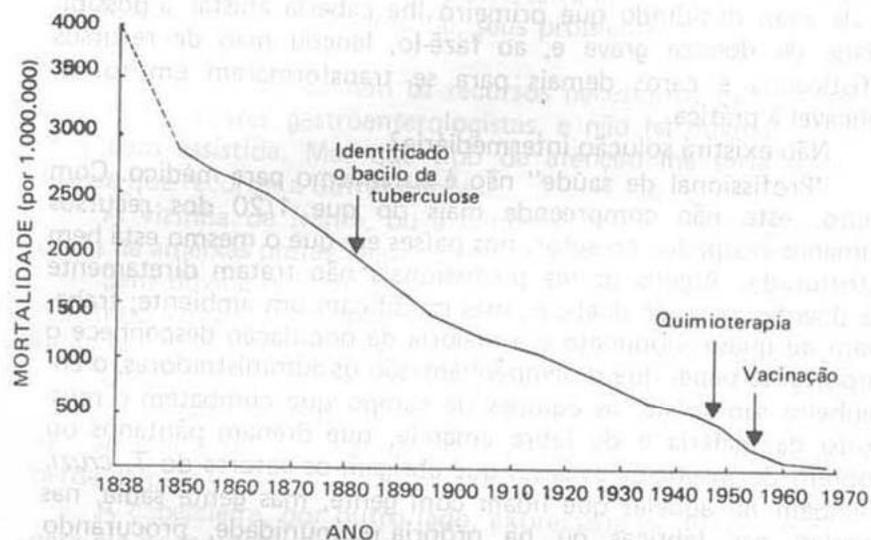


Fig. 78 — Mortalidade por tuberculose, na Inglaterra e País de Gales, no decorrer do último século-e-meio. (Segundo Mckeown e Lowe, 1974.)

Trata-se de um destes gráficos clássicos, que se tira da gaveta toda vez que é preciso ilustrar um ponto básico, nem sempre suficientemente lembrado: que ciência médica é apenas um dos fatores que intervêm no processo de melhoria das condições de saúde da população. Como se vê na figura, o decréscimo verificado na taxa de mortalidade por tuberculose não esperou o advento do B. C. G. nem de uma quimioterapia eficaz; com efeito, antecipou-se, mesmo, à identificação do *Mycobacterium*.

Não obstante prefira recorrer ao médico para seus problemas de saúde, desde que o acesso lhe seja facilitado, a população exhibe indiscutível ambivalência a respeito da figura mítica do curador, submissão e reverência alternando-se com a rebeldia e o ceticismo. É comum, por exemplo, deixarem de comprar os medicamentos por ele receitados, substituindo-os por outros, a que estão mais habituados, ou pelo menos modificando a conduta prescrita, preferindo acreditar que a dosagem é exagerada, ou então insuficiente. Muitos outros exemplos poderiam ser citados; é mesmo possível que uma pesquisa da psicologia do paciente venha a indicar que o mesmo não comparece ao ambulatorio apenas por ter uma queixa, mas também por mera curiosidade, também por

sentir valorizada a própria individualidade, ao receber a atenção de alguém que goza de maior prestígio social.

Afora a classe dos governantes, políticos ou militares, grupo algum foi objeto de tamanha idolatria como aquele dos médicos. A arte de todos os tempos deles fez figura central:



Fig. 79 — Duas gravuras românticas: A visita do médico, de van Mieris e Laennec à Cabeceira de um paciente.

Mas, como a ciência e a profissão dificilmente podem estar à altura de tais expectativas, foram também pródigas as críticas feitas à Medicina:



Fig. 80 — O reverso da medalha. Daumier em um de seus momentos mais mordazes, e caricatura de um recente número de revista suíça *Nebelspalter*, ironizando a super-especialização. O paciente exclama: 'Que saudades do Dr. Knuesli, meu velho médico de família!'

Em nosso meio falta ao paciente uma opção entre o mero curioso e o médico, uma vez que é escasso o assim chamado "pessoal paramédico". Quando existe, está de tal forma subordinado ao próprio médico, que não passa de sua extensão física. Apenas a parteira, prática ou licenciada, tem alguma autonomia.

São raros os países, porém, que não reconhecem a existência de profissionais de categoria intermediária, um dos quais é o *auxiliar de médico*. A O. M. S. define-o como "um técnico de saúde que, após oito ou nove anos de instrução geral, recebeu uma formação técnica de dois ou três anos, que lhe permite reconhecer as afecções mais comuns, tratar as mais simples, encaminhar os casos e submeter os problemas mais complexos ao centro de saúde ou ao hospital mais próximo, aplicar medidas preventivas e promover a saúde na circunscrição."

Mesmo países mais ricos reconhecem o auxiliar de médico, o que prova não tratar-se de uma solução de emergência.



Fig. 81 — Auxiliar de médico, nos E. U. A. (Segundo *World Health*, Junho, 1972.)

O esquema de "Medicina simplificada", implantado há uns 10 anos pela Venezuela, tem como "elemento de primeira linha" as *auxiliares de enfermeira*. Estas profissionais, com curso de apenas 4 meses, são encarregadas dos dispensários das pequenas comunidades de 200 a 2 000 habitantes. Quando a severidade de um problema assim o exige, o paciente é transferido para o nível imediatamente superior do sistema: a "medicatura rural" mais próxima. Estas centralizam sua atividade em localidades de 2 000 a 5 000 habitantes, utilizando-se tanto de enfermeiras como de médicos. Tais equipes, por sua vez, podem reconhecer as

limitações dos recursos com que contam, sendo autorizadas a enviar casos selecionados a uma unidade ou centro de saúde, ou ao hospital central.

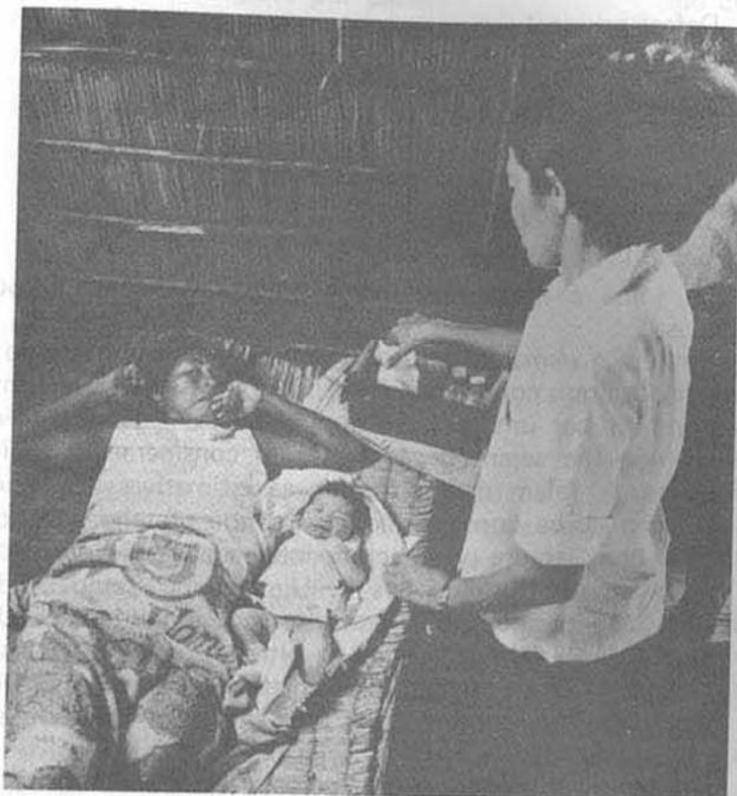


Fig. 82 — Auxiliar de enfermeira, na Venezuela. (Segundo *Gaceta* (OPAS), outubro-dezembro, 1973.)

Através de um sistema tão bem hierarquizado, que reconhece que os problemas de saúde não têm todos o mesmo grau de complexidade, a Venezuela conseguiu munir mesmo as localidades mais remotas de uma assistência de boa qualidade.

Não se trata apenas de resolver de uma maneira prática o problema de uma deficiente *distribuição* dos profissionais mais capacitados; mesmo nos centros mais adiantados, o elemento paramédico poderá participar do atendimento de uma parte da demanda de saúde, que é enorme, e está em crescente expansão.

Não se pode negar que a saúde é uma necessidade básica para o homem que vive em sociedade. No decorrer de um inquérito, realizado na França em fins de 1973, a população

respondeu da seguinte maneira, quando lhe perguntaram qual dos setores deveria merecer prioridade de ação por parte do governo:

Defesa nacional .....	12%
Saúde .....	75%
Educação .....	56%
Habitação .....	50%
Manutenção da ordem interna .....	19%
Preservação da natureza .....	27%
Garantia de emprego .....	50%

(A soma é maior que 100% pois permitiam-se respostas múltiplas.)

Embora a *demanda sentida* ultrapasse de muito aquilo que os administradores consideram constituir "necessidades legítimas", é responsável por uma pressão popular no sentido de que estes serviços não lhe sejam negados. Como considerações políticas e doutrinárias falam mais alto que as estimativas de gabinete, a população acaba conseguindo aquilo que pretende, embora a qualidade nem sempre possa acompanhar a evolução quantitativa da assistência prestada. Se nos E. U. A. e no Reino Unido se registra a medida anual de 5 consultas por indivíduo, na União Soviética e em Israel esta cifra já ultrapassou as 10 consultas anuais. Embora ainda distante desta meta, é objetivo da Previdência Social brasileira conseguir dar uma oferta de 3 consultas por ano a seus beneficiários.

É impossível atender a esta demanda contando apenas com médicos. Aceitando-se como padrão razoável a proporção de um médico para cada 1 000 habitantes (e muitos países já reconheceram que esta cifra é irreal, pondo-se a fundar novas escolas de Medicina), e admitindo-se que este profissional atenda ao consultório durante 5 horas ao dia (o resto do tempo sendo gasto em atividades administrativas, intervenções especializadas como cirurgias, etc., reuniões científicas, cursos de complementação ou pesquisas), uma demanda de 5 consultas anuais obrigaria o médico a atender um paciente, cada 15 minutos. Qualquer estudante de Medicina rejeitaria, como indigno, trabalhar debaixo de tais condições.

Nos sistemas de Medicina Socializada, que incluem as visitas domiciliares entre os serviços prestados à população, a situação pode deteriorar-se ainda mais. O quadro abaixo foi copiado de um

livro de instruções fornecido aos alunos do St. Thomas Hospital, em Londres:

### QUADRO XX

Tempo médio gasto por paciente, conforme o tipo de doença e a modalidade de consulta

Doença	Tempo médio (em minutos)	
	Consultas novas	Retornos ou consultas iniciadas pelo médico
Neoplasias	6,0	3,4
Doenças mentais	10,5	8,1
Doenças respiratórias agudas	4,5	4,7
Doenças de pele	6,4	3,9

Embora este panorama não seja satisfatório, a sua gravidade é atenuada pelo fato de que o médico inglês tem à sua disposição toda uma estrutura complexa (o que provavelmente explica os 6 minutos gastos com o paciente portador de neoplasia), reconhecendo-se, ainda, a norma básica do "continuing care" dos pacientes. Esta envolve freqüentes retornos ao consultório, o que permite severa vigilância sobre a saúde da população (e explica, também, por que as consultas são tão abreviadas).

Uma das soluções aventadas para o grave problema da falta de tempo por parte do médico tem sido sugerir-lhe que divida suas responsabilidades com elementos paramédicos, aos quais delegaria o atendimento dos casos menos complexos. Mas a classe não se tem mostrado receptiva a tais planos. Uma das objeções formuladas contra o que se chama "proletarização" da Medicina é que cuidar da saúde é tarefa de tão elevada responsabilidade que só o profissional altamente treinado dela poderá participar.

Rejeitada esta opção, e só restariam duas alternativas:

1. Acelerar o processo de formação de novos médicos, solução tanto inviável como indesejável.
2. Refrear a demanda médica da população, o que é igualmente impossível.

Não se pode negar que a utilização de elementos paramédicos — o auxiliar de médico, por exemplo, envolve alguns

riscos. Mas, os mesmos parecem facilmente removíveis; obviamente, o processo de seleção dos candidatos será rigoroso, baseando-se não só em qualidades intelectuais, mas humanas, seu treinamento visar a máxima eficiência e o seu trabalho será periodicamente avaliado mediante visitas de inspeção ao ambulatório e exame dos prontuários de pacientes atendidos.

Alguém pode duvidar que a parteira ou a enfermeira especializada em Obstetrícia tenha suficiente competência para atender a 9/10 das gestantes que comparecem para seu Pré-Natal, e que a maioria provavelmente supera o médico em paciência e dedicação a um trabalho de rotina? Não é ponto pacífico que a enfermeira ou educadora sanitária rapidamente adquirem a necessária bagagem de conhecimentos — especialmente se elas forem mães de família — para se mostrarem desembaraçadas no dia-a-dia de um serviço de Puericultura, tendo apenas uma em cada dez ou vinte crianças algum problema que exige ser visto pelo próprio médico?

Aqueles auxiliares que trabalharem em estreito contato com o médico serão por ele delegados a determinadas tarefas. Estas não se limitam, necessariamente, à rotina da Assistência Materno-Infantil; conforme a natureza do consultório, dar-se-lhes-ão outras incumbências. Na vigência de uma epidemia de gripe, por exemplo, o médico poderá fornecer-lhes as seguintes instruções:

“Repouso de leito, líquidos em abundância, e dois copos de suco de laranja ou limão diariamente — será esta a conduta terapêutica inicial. Aqueles que não estiverem melhor ao término de 4 dias, bem como aqueles cuja febre tenha aumentado nas últimas 24 horas, e que tenham sintomatologia respiratória mais severa, deverão ser por mim examinados no mesmo dia.

Como o diagnóstico de “gripe” se baseia mais na aparência do caso do que em exames, e a possibilidade de um erro sempre existe, gostaria que me chamassem, também, para ver todos os pacientes cujas queixas não vos parecem típicas de gripe.”

O auxiliar de médico que trabalha isoladamente, mormente quando lotado em regiões mais afastadas, terá suas funções preestabelecidas e, preferivelmente, esquematizadas. Deverá saber reconhecer o caso urgente e a doença grave; mas, trata-se de uma experiência que facilmente adquire, se estagiar algumas semanas em algum Pronto Socorro. Não hesitará em mandar estes pacientes ao centro médico mais próximo. Receberá autorização para tratar dos pacientes mais benignos, mas jamais poderá relaxar sua vigilância. Não perderá o paciente de vista e, no caso de este não ter experimentado substancial melhora clínica num prazo x

(que aprenderá a escolher), este indivíduo será igualmente encaminhado ao médico.

Seria desejável que lhe fornecessem um pequeno manual do qual constassem os roteiros para as queixas mais usuais em uma população. Provavelmente o número de esquemas não precisará ultrapassar os 20 ou 25, pois não é grande a variedade de sintomas.

Para a paciente n.º 20 o auxiliar se utilizaria de um roteiro semelhante ao que está esboçado abaixo:

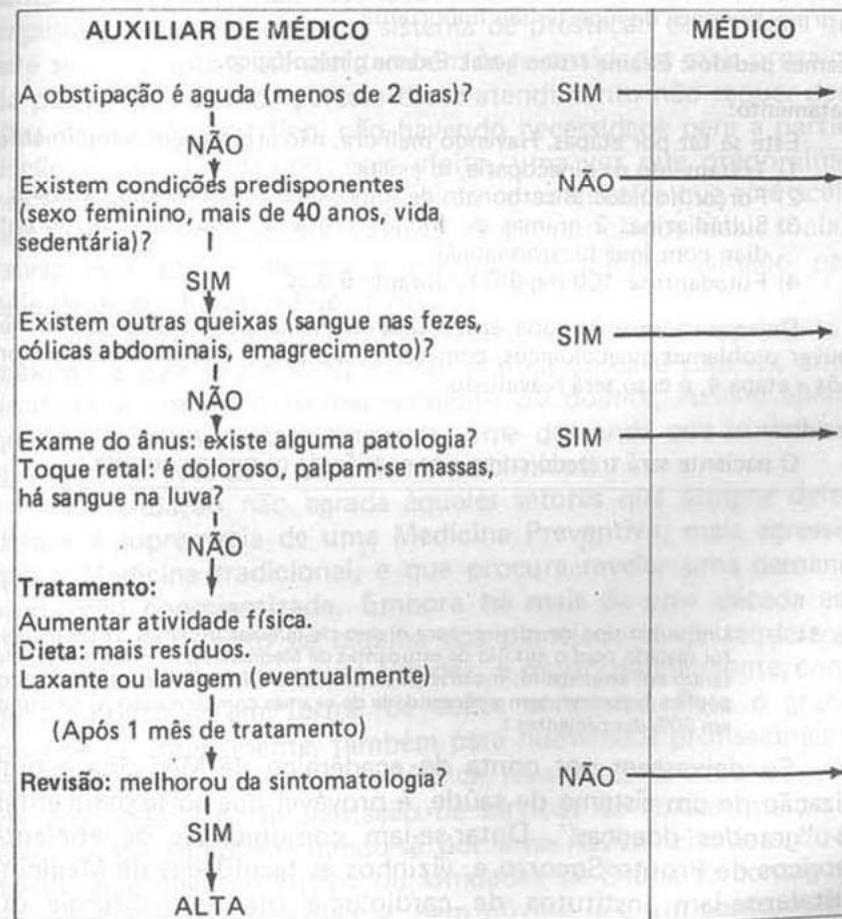


Fig. 83 — Roteiro simples, para casos de obstipação intestinal. Poderá permitir que elementos paramédicos se encarreguem do atendimento desta queixa sumamente comum, reconhecendo aqueles casos que exigem atenção especializada.

Poderão ser empregados, também, outros tipos de modelo, como aquele que segue:

#### DOR À MICÇÃO, URGÊNCIA, FREQUÊNCIA AUMENTADA

Quando não empregar o roteiro:

Na gravidez; no sexo masculino; ambos os sexos, abaixo dos 20 anos; presença de febre ou outros sinais de comprometimento sistêmico (vômitos, náuseas, anorexia, etc.); dor localizada nos flancos; sangue macroscópico na urina; presença de hipertensão importante.

Exames pedidos: Exame físico geral. Exame ginecológico.

Tratamento:

Este se faz por etapas. Havendo melhora, não se prossegue o tratamento.

- 1) Tratamento da ginecopatia, se existir;
- 2) Forçar líquidos. Bicarbonato de sódio, uma colher de chá, cada 4 h.
- 3) Sulfadiazina: 2 gramas de início, 1 grama cada 6 horas, durante dias, com água bicarbonatada.
- 4) Furadantina: 100 mg-6/6 h, durante 5 dias.

Deixar-se-á uma semana entre cada esquema de tratamento. Se não houver problemas ginecológicos, começar pela etapa 2. Não havendo melhora após a etapa 4, o caso será reavaliado.

Recidivas:

O paciente será tratado como por ocasião da primeira consulta.

Fig. 84 — Um outro tipo de roteiro, para o caso de queixas urinárias. (Este modelo foi testado com o auxílio de estudantes de Medicina, que inicialmente relutaram em empregá-lo, mostrando-se prático e eficiente. Uma resposta terapêutica favorável, sem a necessidade de exames complementares, foi obtida em 80% das pacientes.)

Se deixassem por conta do acadêmico de Medicina a organização de um sistema de saúde, é provável que só se daria ênfase às "grandes doenças". Dotar-se-iam comunidades de eficientes serviços de Pronto Socorro e, vizinhos às faculdades de Medicina, instalar-se-iam institutos de cardiologia ou neuro-cirurgia que fariam honra à ciência mundial. Seria desconhecida qualquer rotina, o dia-a-dia do profissional sendo um constante desafio à sua habilidade técnica e argúcia no raciocínio diagnóstico.

Em semelhante esquema, que atende às aspirações românticas do jovem médico, mas que pertence ao terreno da fantasia no que diz respeito às necessidades da grande massa, todos os postos seriam preenchidos por profissionais altamente capacitados, pois, efetivamente, nele não haveria lugar para "quase-médicos". A repercussão sobre a educação médica seria mais ampla do que se supõe: como pouco mais de 5% da demanda de um grupo populacional consiste de emergências médicas ou cirúrgicas, também passaria a ser redundante grande parcela da própria classe médica.

A necessidade de pessoal paramédico começa a fazer-se sentir em níveis mais avançados que o anterior, quando se organiza de tal maneira um sistema de prestação de serviços que este se torna apto a atender também às necessidades mais prosaicas da população. Grande parcela deste atendimento não requer decisões de cunho científico, não havendo necessidade para a participação direta do médico; com efeito, uma vez que predominam neste sistema as atividades de rotina, característica que só é aceita sem protestos por aqueles imbuídos de pronunciados ideais sociais, talvez não seja o médico o profissional melhor talhado para nele desempenhar papel decisivo.

Mas nem sequer esta fase evolutiva da Medicina representa o máximo a que se pode aspirar: o sistema ainda é passivo, ainda limita-se a esperar o comparecimento do doente. Assiste apenas quando há uma demanda sentida, uma demanda que se define a si mesma, através de sinais e sintomas clínicos.

Tal situação não agrada àqueles setores que sempre defenderam a supremacia de uma Medicina Preventiva, mais agressiva que a Medicina tradicional, e que procura revelar uma demanda ainda não conscientizada. Embora há mais de uma década esta filosofia seja o grito de batalha dos planejadores de saúde mais progressistas, só com muita timidez, e muito parcialmente, conseguiu traduzir-se em forma de ações concretas. Para o grande público (e, infelizmente, também para numerosos profissionais de saúde) é o mesmo que Saúde Pública, resumindo-se em campanhas de vacinação e na implantação de serviços de abastecimento de água, quiçá complementando-se por uma Assistência Materno-Infantil, que alguns Centros ou Unidades de Saúde já conseguem oferecer com certa eficiência. Sem dúvida já é um começo alvissareiro, embora ainda distante dos sonhos mais ambiciosos daqueles que raciocinam em termos de saúde coletiva.

É natural que este esquema reserva ao médico apenas papel subsidiário, eventual, não obstante sejam dele os postos de chefia.

A enfermagem, a educadora sanitária, a assistente social, encontrarão dentro deste sistema um fértil campo de ação.

Um passo adiante estará a Medicina Comunitária, ainda mais agressiva: não espera que os próprios acontecimentos definam uma demanda de saúde, mas procura ela mesma identificar problemas merecedores de sua atenção. Este não é um setor inteiramente inédito (pois que dele participam tanto a Medicina dita "curativa" como a Medicina Preventiva), mas trata-se, antes, de uma nova tática, que se crê ser mais eficiente. Ela situa o indivíduo dentro da sociedade a que pertence, sujeito às múltiplas influências de um ambiente que, embora lhe possa ser benéfico sob diversos aspectos, também é responsável pelas epidemias, envolve problemas de urbanização (que repercutem sobre a saúde física e mental), oferece problemas de poluição, trânsito, etc. A Medicina Comunitária cuidadosamente evita ocupar-se de enfoques individuais, preferindo falar em termos mais amplos, como Medicina Escolar, Medicina do Trabalho ou Psiquiatria Comunitária, porquanto muitas das questões são comuns a todo um grupo e podem mais eficientemente (e mais economicamente) ser resolvidas quando encaradas desta maneira.

Não há dúvida que os objetivos são nobres e que esta filosofia futuramente trará resultados mais duráveis e tangíveis. Deve-se reconhecer, todavia, que para muitos países ainda é precoce; se na maioria das situações nem sequer a demanda sentida pode ser atendida plenamente, como encontrar recursos financeiros e humanos para satisfazer expectativas artificialmente despertadas numa população? De que adianta provar que 15 ou 20% dos escolares sofrem vícios de refração, se não existem verbas para comprar-lhes óculos, ou para empreender a reeducação visual daqueles que tem ambliopia? Clamar aos sete ventos que a desnutrição participa de grande proporção da mortalidade infantil e é responsável pelo mau aproveitamento escolar de muitas crianças, sem dispor dos meios para corrigir tal situação, só poderá contribuir para trazer descrédito à Medicina Comunitária. Se não se pode silenciar a respeito destas verdades que se mostram úteis para estabelecer uma perspectiva mais realista entre governantes e a classe médica, talvez ainda seja prematuro planejar "campanhas de nutrição", que contem com a participação popular.

Seja como for, se a Medicina Comunitária (ou Saúde Coletiva, como também pode ser chamada) exige das *equipes de saúde* uma atitude mais ativa, esta será pouco eficiente se não puder encorajar a colaboração do público. Com efeito, desde a

primeira formulação desta filosofia sempre foi seu cânone fundamental incluir a comunidade em todas as suas decisões, seja através do próprio indivíduo visado pelas medidas, seja através dos assim chamados "líderes naturais", ou de agremiações tais como as "sociedades de amigos do bairro".

Uma Medicina Comunitária estribada apenas na classe médica seria inteiramente absurda.



Fig. 85 — Atendimento das necessidades de saúde numa estrutura assistencial sensata e balanceada. Apenas uma parte dos doentes chegam até o médico, que em seguida os devolve aos elementos paramédicos e à comunidade.

A participação dos membros da comunidade pode tomar os mais diversos aspectos. Visualiza-se a sua interferência nas campanhas de vacinação, na coleta de lixo, na fiscalização da poluição, do trânsito, etc.; em nível mais específico, poder-se-ia utilizá-los, desde que devidamente treinados, para dar injeções ou administrar outros cuidados de enfermagem a seus vizinhos doentes, na terapia ocupacional e execução das medidas fisioterápicas daqueles confinados às suas casas, e mesmo na reabilitação profissional do indivíduo que, por motivos de saúde, tenha que mudar de atividade.

É inesgotável a curiosidade do público a respeito das *doenças* (a saúde infelizmente não desperta o mesmo interesse), como é prova o florescente mercado de livros ou revistas semi-leigas, ou das enciclopédias vendidas em fascículos semanais. Embora estas publicações se utilizem de uma linguagem científica e, na maioria dos casos, não busquem a mistificação, o interesse editorial fatalmente leva a focalizar — novamente — os aspectos mais dramáticos da Medicina. Por este motivo os resultados serão contraproducentes, se não francamente perniciosos.

Mas a objeção que se lhes pode fazer não é de forma, mas de conteúdo. A Educação Sanitária tem um potencial que ainda não foi devidamente explorado, e que um dia irá revolucionar todo o campo da saúde humana. Planejada de acordo com as legítimas prioridades, utilizando-se de uma linguagem a todos acessível, e conservando-se rigorosamente dentro dos limites da-



Este folheto foi recolhido de cima de um balcão de farmácia. A "Medicina" que advoga é paralela àquela que o profissional reconhece como legítima. Mas continuará a ser uma alternativa satisfatória para grande parcela da população, enquanto insistirmos em monopolizar as ciências da saúde, nós que somos em número reduzido, e concentramos todos os nossos esforços e interesse em torno dos grandes problemas de saúde, esquecendo que as reais necessidades da população são, geralmente, mais prosaicas.

Toda vez que uma sociedade passa a adotar o conceito segundo o qual saúde não é um privilégio, mas um direito do cidadão, a demanda feita aos serviços médicos cresce a níveis considerados inaceitáveis para o sistema, que se encontra privado dos recursos financeiros e humanos para atendê-las satisfatoriamente.

O uso mais racional da dotação orçamentária permitirá ao sistema recuperar a sua elasticidade; mas não menos essencial mostra-se o emprego sensato dos recursos humanos da sociedade.

Pelo menos 4/5 da demanda sentida compreendem queixas e doenças benignas, que não requerem elevada capacitação do profissional, mas poderiam ser satisfatoriamente atendidas por *elementos paramédicos*. A estes se deixariam os cuidados primários ("primary care") e a triagem dos pacientes mais graves, que serão encaminhados ao médico.

As vantagens de tal sistema são múltiplas. Não só criará soluções para uma cobertura sanitária das populações residentes em áreas afastadas e, ao fazer uso de técnicas menos sofisticadas, seria econômico em recursos, mas pouparia extraordinariamente o tempo do médico, reservando-lhe o setor para o qual foi especificamente treinado: o exercício de uma Medicina científica, em pacientes selecionados pela gravidade de seu estado.

Certamente existirão alguns riscos secundários à utilização de pessoal paramédico no atendimento da população, mas estes serão facilmente evitados mediante um treinamento adequado, uma rigorosa delimitação de suas atribuições, e a cuidadosa seleção do material humano.

A *Medicina Comunitária* cria uma situação ainda mais crítica, pois que não se limita a esperar que uma

demanda se defina, mas procura identificar seus próprios objetivos. Dentro de um esquema desta natureza, o médico participa apenas como membro de uma *equipe de saúde*, embora frequentemente se lhe reserve o papel de planejador e administrador. E mesmo a equipe não é suficientemente ampla para fazer face às necessidades: a Medicina Comunitária deverá poder contar com a participação ativa dos membros da coletividade.

#### QUESTÕES:

1. Uma das críticas ao tratamento empírico preconizado para o caso da úlcera peptica (paciente n.º 8) baseia-se em demonstrar que mesmo uma neoplasia ulcerada de estômago responderá aos anti-ácidos e à dieta, conduzindo o médico a uma atitude de falsa segurança. Afora o emprego sistemático do exame radiológico e da endoscopia (justamente aquilo que se pretendeu evitar), vê você alguma maneira de evitar tais erros?
2. Para uma situação de verdadeira Medicina Comunitária, procure avaliar a frequência de casos desta natureza.
3. O que ganharia o paciente com a descoberta precoce de seu carcinoma, isto é, como mudaria o prognóstico se o tumor fosse prontamente reconhecido, e o paciente imediatamente operado? E qual a mortalidade cirúrgica precoce?
4. Reveja os 20 casos clínicos apresentados, e tente decidir quantos poderiam ter sido atendidos satisfatoriamente por um auxiliar de médico devidamente habilitado. (Mas não se esqueça de que também este grupo é composto de casos selecionados, com elevada proporção de doenças graves.)