

Paternalismo, ignorância e a corrida ao ouro

ARMANDO BRITO DE SÁ*

E de repente a medicina geral e familiar (MGF) portuguesa encontra-se debaixo de fogo, oriundo de diferentes pontos:

Em artigo publicado no Diário de Notícias¹, o Director do Laboratório de Virologia do Hospital Egas Moniz afirma que «*Há um fosso cada vez maior entre os clínicos gerais e a realidade*», a respeito de problemas relacionados com o diagnóstico e terapêutica da hepatite C.

Este tipo de afirmação é remanescente de uma menorização da MGF, consciente ou inconsciente, ainda comum na nossa sociedade, que assenta no princípio de que os saberes do médico de clínica geral são inferiores em qualidade e quantidade aos dos seus pares de outras áreas. Isto resulta de dois factores: em primeiro lugar, o especialista de uma área restrita julga-se habitualmente competente para indicar aquilo que considera dever ser a boa prática do médico de família, na maioria dos casos não se apercebendo das diferenças de contexto e de *realidade* vivida²; em segundo lugar, num sistema de saúde com as características do nosso os pacientes que chegam ao nível secundário de cuidados são aqueles a que os cuidados de saúde primários (CSP) não puderam ou souberam dar resposta. A imagem remanescente para o médico no hospital é a de uns CSP incapazes e insuficientes, esquecendo-se esse médico ou ignorando que, para além desses pacientes, existe uma maioria superior a 90% dos contactos que nunca é objecto de intervenção hospitalar, visto ser

eficazmente encaminhada pelo médico de família³.

Os responsáveis pelo Sindicato das Ciências e Tecnologias da Saúde, em Ofício dirigido à Inspeção Geral da Saúde⁴, legitimamente colocam em dúvida a utilização de pessoal sem habilitações na realização de técnicas de cardiopneumologia e radiologia. A dado momento afirmam:

«*Aproveitamos o ensejo para informar V. Ex.a que, no plano estritamente técnico e clínico, a situação é tão mais grave quanto a generalidade dos especialistas de Medicina Geral e Familiar, não tem capacidade para ler um traçado cardiológico, facto que nas actuais circunstâncias agrava substancialmente a qualidade clínica dos cuidados de saúde nesses Centros de Saúde. Aliás, e só para ilustrar a gravidade deste caso, poderemos estar perante situações de pré-enfarte cardíaco de doentes que, ao terem os seus exames efectuados por curiosos, sejam médicos ou outra coisa qualquer, correm o risco de serem olhados como saudáveis.*»

Neste caso procura-se, evidentemente, conquistar terreno para os novos profissionais que vão sendo formados em vagas sucessivas nas várias escolas que hoje conferem títulos neste âmbito. A introdução de novas áreas profissionais nos cuidados de saúde primários tem de resultar de necessidades de cuidados sentidas e identificadas pragmaticamente. O eventual excesso de profissionais numa determinada área não pode resultar na criação de necessidades artificiais com o intuito de absorver o excesso de oferta. Na verdade a presença destes técnicos só se justifica em unidades com elevado débito de

*Director da Revista Portuguesa de Clínica Geral

produção de exames de execução simples, ou de outros exames auxiliares de diagnóstico no seu âmbito de intervenção que apresentam maior complexidade técnica. Nenhuma destas premissas se aplica à grande maioria dos centros de saúde; se, no futuro, o modelo das pequenas unidades de saúde familiar, o mais racional, for posto em prática, a intervenção destes técnicos no âmbito dos CSP será forçosamente diminuída. Em modelos mais avançados essas tarefas, assim como uma enorme gama de outras intervenções, são eficazes e eficientemente partilhadas entre os médicos e os enfermeiros ou assistentes do médico, uma figura que entre nós não se encontra ainda divulgada⁵⁻⁷.

O Sindicato dos Enfermeiros, em carta dirigida ao Ministro da Saúde sobre a futura gestão dos centros de saúde⁸, afirma que:

«[...] os Enfermeiros requerem igualdade de possibilidades para esse tipo de gestão, estando já a constituírem-se cooperativas para concorrerem à gestão dos Centros de Saúde.

3. A revolução que Vossa Excelência está a impor ao SNS exige e justifica soluções e agentes diferentes do grupo médico. Mais do mesmo, quando o mesmo, sendo o mesmo mau, resulta em cada vez pior. E não é isso que Vossa Excelência pretende e o Povo exige e justifica.

4. Nós somos a diferença e temos conhecimentos e meios suficientes para prestar cuidados mais abrangentes e adequados às necessidades dos utentes reduzindo o actual figurino medicalizado ao mínimo indispensável, visto que o principal defeito dos Centros de Saúde é dar demasiada ênfase à medicalização, subalternizando e às vezes até omitindo as restantes prestações de cuidados tantas vezes mais importantes e necessárias.

5. O modelo biomédico em cuidados primários e não só, falhou. Impõe-se diversificar a prestação dos serviços de modo

a acompanhar o utente na tríade de cuidados:

- Diferenciados
- Primários
- Continuados

Somente os Enfermeiros detêm o saber e a arte como articular estes parâmetros.»

O mesmo Sindicato, em comunicado de 30 de Julho último, de título «Monopólio Médico da Gestão dos Centros de Saúde»⁹, reforça as ideias anteriores:

«4. Por falarmos em gestão convém referir os nossos pergaminhos nessa matéria:

4.1 – *A nossa perscrutora Florence... foi pioneira na gestão de Hospitais e a ela se deve a prática dos tão famosos inquéritos epidemiológicos. Também inventou o processo clínico, ou do doente acamado.*

De então para cá foram os Enfermeiros que se notabilizaram na gestão dos serviços de que agora outros grupos profissionais pretendem ser seguidores ou tentativas de tomarem essa área como exclusiva.

4.2 – *No que concerne à humanização dos serviços temos outro bom exemplo que é a do Enfermeiro João Cidad, mais tarde S. João de Deus, que demonstrou ao mundo como se devia lidar com doentes difíceis e situações insolúveis como era a dos doentes mentais, onde se notabilizou e deixou um exemplo a seguir por todos nós.*

Com estas matrizes pretendemos evidenciar que em matéria de antecedentes, incluindo a gestão, temos a nossa raça e nobreza.

4.3 – *Ao contrário do que é apregoado pela classe médica, não temos necessidade de curselhos de última hora visto que a gestão para os Enfermeiros, para além de lhe estar na massa do sangue, faz parte do plano de estudos da sua Licenciatura.*

Não temos dúvidas que os médicos que conosco trabalharem se vão sentir valorizados e úteis.»

Estes documentos culminaram numa extraordinária entrevista concedida ao jornal «Médico de Família» por um dirigente deste Sindicato^{10,11}. Responsáveis deste jaez utilizam uma linguagem de contornos messiânicos e os seus objectivos são justificados através de argumentação pseudo-científica, distorcendo a realidade à medida dos seus interesses. A diabolização do médico confere-lhes, de um ponto de vista populista, o apoio dos seus aderentes e tende a converter-se mediaticamente na imagem de uma guerra entre os oprimidos – o seu grupo profissional – e os opressores – os médicos. Naturalmente que, no dia a dia, nada de semelhante se passa; os profissionais de saúde, independentemente da área em que trabalham, desempenham o seu papel o melhor que podem e sabem e colaboram entre si tanto quanto a estrutura em que trabalhem lhes permite essa colaboração.

É previsível e, seguramente, desejável que a gestão de unidades de saúde no âmbito dos CSP surja com diferentes formas e modelos organizacionais. Estreita colaboração interprofissional e elevada autonomia técnica das profissões de saúde são os pilares da prestação de cuidados que hoje são praticados e que se continuarão a desenvolver. Nesse sentido, o papel da enfermagem no contexto dos CSP deverá evoluir para uma maior intervenção em todas as áreas, não só técnicas como organizacionais. A grande maioria das unidades de saúde, contudo, e à semelhança do que ocorre nos países mais evoluídos, deverá funcionar com base na direcção e orientação por parte dos médicos de família, assessorados por profissionais com treino em gestão, em estreita colaboração com as restantes profissões de saúde.

O presente cenário de incerteza quanto ao futuro atrai diferentes grupos, cientes de que nos CSP existe um conjunto de mais valias a explorar. Ou

os médicos de família assumem com clareza as suas responsabilidades, liderando sem complexos ou receios a construção de uma medicina geral e familiar ao nível das melhores, ou fica o caminho aberto a todas as propostas, mesmo as mais delirantes, e a todos os negociantes que verão nos CSP uma magnífica oportunidade de lucro à custa da saúde dos portugueses.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cândia F. Ordem acusa médicos de negligência na hepatite C. In URL <http://www.dn.lusomundo.net/noticia/noticia.asp?CodNoticia=167143&codEdicao=1207&CodAreaNoticia=2>. [acedido em 30 de Agosto de 2004].
2. Rosser W. Approach to diagnosis by primary care clinicians and specialists: is there a difference? *J Fam Pract* 1996; 42:139-44.
3. Brito de Sá A, Jordão JG. Estudo europeu sobre referenciação em cuidados primários. I - Dados de referenciação. *Rev Port Clin Geral* 1993;10:238-44.
4. Sindicato das Ciências e Tecnologias da Saúde. Exercício Ilegal de Actividades Paramédicas nos Centros de Saúde do Alentejo. Ofício STCS/AR/203 de 9 de Julho de 2004.
5. Larson EH, Palazzo L, Berkowitz B, Pirani MJ, Hart LG. The contribution of nurse practitioners and physician assistants to generalist care in Washington State. *Health Serv Res* 2003; 38:1033-50.
6. Hooker RS, McCaig LF. Use of physician assistants and nurse practitioners in primary care, 1995-1999. *Hosp Q* 2001; 5:32-6.
7. Aparasu RR, Hegge M. Autonomous ambulatory care by nurse practitioners and physician assistants in office-based settings. *J Allied Health* 2001; 30:153-9.
8. Sindicato dos Enfermeiros. Gestão Privada dos Centros de Saúde. In URL <http://www.sen.pt/modules.php?name=News&file=article&sid=63> [acedido em 30 de Agosto de 2004].
9. Sindicato dos Enfermeiros. Monopólio Médico da Gestão dos Centros de Saúde. In URL <http://www.sen.pt/modules.php?name=News&file=article&sid=66> [acedido em 30 de Agosto de 2004].
10. Neves L. Cooperativa de enfermeiros quer gerir centros de saúde. *Médico de Família* 2004; III Série (29):8-10.
11. Neves L. A MGF é uma especialidade fictícia. *Médico de Família* 2004; III Série (29):12.