

PRATICANDO E ENSINANDO MEDICINA NA COMUNIDADE: A ASSISTÊNCIA MÉDICA

José Justino Faleiros¹, Roberto Xavier Piccini¹, Amilcar G. Gigante¹, Marilda Borges Neutzling².

Resumo — Neste trabalho, descreve-se a organização de uma clínica de atenção primária à saúde. Quatro programas foram planejados para atender às necessidades médicas de 2300 pessoas, realizando-se 3,4 contatos/ano per capita. Estes contatos, para fins operacionais, estão organizados em distintos programas: clínica da mulher; puericultura; hipertensão arterial sistêmica (HAS) e atendimento a doenças agudas, doenças crônicas, excetuando a HAS, e a pacientes terminais. As diferentes cargas de trabalho desses programas sugerem que os contatos iniciados por pacientes são o fulcro em que se baseiam as ações da atenção primária à saúde. Para operação destes programas, contamos com uma equipe de saúde constituída por médicos, nutricionista e auxiliares de saúde. Esta operação, não só proporcionou a organização de nossa clínica, como também nos permitiu iniciar duas outras atividades fundamentais da atenção médica: (a) avaliar a produção dos diferentes setores da clínica; (b) estimar a cobertura que ações específicas alcançam na população-alvo.

Introdução

Os princípios de atenção primária à saúde (APS) foram estabelecidos, com bastante clareza, na Conferência da Alma-Ata. Eles são igualmente válidos para todos os países, do mais ao menos desenvolvido. Para países em desenvolvimento a APS é uma necessidade premente⁵.

A necessidade de modificar o modo pelo qual os cuidados médicos são concebidos e prestados é reconhecida por países do primeiro e do terceiro mundos⁸.

Médicos do futuro deverão ter conhecimentos, atitudes e habilidades diferentes daquelas dos profissionais atuais⁶. Um perfil do médico do futuro é descrito por Hart⁴: "O mundo necessita de uma nova espécie de médico, aquele que combine habilidades clínicas com habilidades da medicina populacional, que seja capaz de liderar uma equipe de saúde com sensibilidade e imaginação e que seja suficientemente leal aos

pacientes para permanecer num local e realizar um trabalho até o fim".

Este trabalho descreve uma metodologia de organização da clínica de APS. Esta clínica oferece cuidados médicos para uma determinada população, utilizando para tal uma equipe de saúde. Estudantes de Medicina e Nutrição recebem treinamento nesta clínica, o que será descrito e discutido num trabalho seguinte.

A Base Populacional e a Geração da Demanda

Trabalhamos com uma população de 2.300 pessoas. Esta população vive na periferia de Pelotas, 70% dela têm renda familiar de até 3 salários mínimos e a estrutura por idade e sexo resumida na Tabela I.¹

Como qualquer população humana, ela é dinâmica: sempre haverá pessoas nascendo, crescendo, adoecendo e morrendo num fluxo natural. Universalmente, estes eventos — nascer, cres-

Tabela I

Estrutura, prioridade e sexo, da população atendida pela clínica de assistência primária à saúde

Idade (em anos)	Homens	Mulheres	Total
< 1	23	27	50
1 - 2	48	49	97
3 - 4	65	50	115
5 - 9	125	138	263
10 - 14	144	165	309
15 - 19	140	148	288
20 - 49	440	422	862
50 - 64	91	131	222
> 65	31	51	82
Total	1 107	1 131	2 238

(1) Os dados de idade e sexo foram obtidos num levantamento domiciliar, realizado por estudantes de Medicina no 2.º semestre de 1984. Os dados de renda são informações cadastrais da Prefeitura Municipal de Pelotas.

(1) Professor, Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina de Pelotas, UFPel

(2) Professor, Faculdade de Nutrição, UFPel

cer, adoecer, morrer e ainda alguns outros (por ex.: anticoncepção, certificados de saúde para trabalho ou para atividades físicas) são os principais geradores da demanda por serviços médicos e exigem uma ou outra forma de cuidados.

Os grupos etários utilizados para planejar nossas ações são os seguintes: 147 crianças (entre 0 a 2 anos); 852 mulheres (mais de 15 anos); 1166 adultos (mais de 20 anos); 82 velhos (mais de 65 anos). Nesta população, ocorrem 50 nascimentos e 20 mortes por ano.

Existem, basicamente, dois tipos distintos de necessidades médicas de uma população: (a) necessidades sentidas (demanda de morbidade); (b) necessidades induzidas (prevenção). Após alguns anos de trabalho com esta população, acreditamos estar a clínica organizada coerentemente para a realização conjunta de atividades curativas e preventivas.

A Carga de Trabalho e os Programas da Clínica

Ao aceitar a responsabilidade pelos aspectos preventivos e curativos da saúde de uma dada população, a clínica de APS deverá levar em conta a complexa relação com as pessoas daquela população. Seguramente, os pontos cruciais são tempo de disponibilidade e qualificação de profissionais. A eficiente utilização deste tempo e a organização de programas tornam viável proporcionar um mínimo de atendimento aos diferentes grupos etários com suas necessidades específicas e distribuir apropriadamente a carga de trabalho. Quatro programas atendem às necessidades universais de populações humanas por serviços médicos. Eles se justificam pelo volume de trabalho que cada qual contém em função das taxas de incidência/prevalência de problemas que geram necessidades.

Estes quatro programas são apresentados a seguir, com a quantificação da demanda.

1) Clínica da Mulher

Objetivos: Atendimento de forma personalizada a mulheres durante os períodos pré-natal e perinatal, assistência médica a mulheres com problemas ginecológicos e prevenção do câncer do colo uterino.

População-alvo: 852 mulheres com mais de 15 anos, especificamente 50 gestantes/ano

Quem executa: 1 médico, doutorandos de Medicina e estudantes de Nutrição.

Metodologia: Consultas pré-natal e ginecológica em duas tardes por semana no posto de saúde. Assistência ao parto no hospital realizada por doutorandos de Medicina, sob supervisão de especialistas. Atenção perinatal no hospital e no domicílio, realizadas por doutorandos e estudantes de Nutrição.

Atividades: diagnóstica gravidez, acompanha desenvolvimento desta, identifica riscos, diagnóstica e trata intercorrências, educa quanto aos principais aspectos do parto e dos primeiros anos de vida da criança, discute planejamento familiar, amamentação e executa parto. Diagnóstica e trata problemas ginecológicos, refere para especialista quando necessário ou quando paciente requer segunda opinião colhe material para teste de Papanicolaou.

Carga de trabalho: 250 consultas pré-natal/ano (média de 5/gestantes/ano; 750 consultas ginecológicas/ano (média de 0,9/mulher em risco/ano); 35 partos/ano (cobertura de 60% da carga existente).

2) Programa Pós-natal com Ênfase em Puericultura

Objetivos: suporte para mãe no pós-natal imediato, monitoração do crescimento de crianças, imunizações, estímulo à amamentação, estímulo ao desenvolvimento psicomotor e suplementação nutricional.

População-alvo: 147 crianças entre 0-2 anos e suas mães.

Quem executa: nutricionista, estudante de Nutrição e auxiliar de saúde.

Metodologia: todas as manhãs e duas tardes por semana no posto de saúde, visita domiciliar quando apropriado.

Atividades: visita domiciliar no pós-natal imediato; pesar mensalmente todas as crianças de 0-6 meses da área; a partir desta idade, pesar trimestralmente as crianças com bom desenvolvimento e mensalmente as desnutridas ou de alto risco; aplicar vacinas; educar verbalmente quanto à amamentação. Visita domiciliar é feita para crianças não pontuais quanto à vacina e/ou controle de peso.

Registros: 2 curvas de peso x idade, uma para controle do posto outra para a mãe, registro da aplicação de vacinas.

Carga de trabalho: 450 pesagens/ano para 50 crianças de 0-11 meses (média de 9/criança); 600 pesagens/ano para 100 crianças de 1-2 anos (média de 6/criança); 300 doses da vacina/ano.

3) Programa de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

Objetivos: Diagnosticar e tratar doença hipertensiva.

População-alvo: 112 hipertensos da área. Estimativa baseada na literatura, que é de 10% da população com mais de 20 anos de idade². No presente momento (outono de 1986), 40 pacientes são conhecidos do serviço. Portanto, resta diagnosticar 2/3 deles.

Quem executa: dois médicos, estudantes de Medicina e auxiliar de saúde treinada para fazer registros e monitorar pressão arterial.

Metodologia: pacientes já diagnosticados são encorajados a uma visita mensal no posto de saúde para controlar níveis tensionais, reavaliar terapêutica e avaliar órgãos-alvo.

Atividades: diagnosticar e tratar HAS; avaliar órgãos-alvo; organizar grupo de pacientes para discussão da doença; fazer *screening* oportunístico de HAS.

Carga de trabalho: 400 consultas/ano para pacientes já diagnosticados; 10 reuniões/ano para discussão da doença e tarefa não quantificada de *screening* oportunístico.

4) Programa de Atendimento a Doenças Agudas, Outras Doenças Crônicas, além da HAS, e de Atendimento aos Pacientes Terminais

Objetivos: Atender, de forma personalizada, a pacientes dos dois sexos, de qualquer idade, com problemas em qualquer órgão ou aparelho do organismo humano.

População-alvo: 2300 pessoas em risco.

Quem executa: dois médicos, um supervisor clínico, estudantes de Medicina e uma visitadora domiciliar

Metodologia: todas as manhãs e duas tardes por semana no posto de saúde. A qualquer hora e no domicílio para alguns pacientes - aqueles com doença grave e/ou terminais que não estejam no hospital. Não há, no presente momento, disponibilidade para atendimento de urgências/emergências à noite ou fins de semana.

Atividades: diagnosticar e tratar doenças/problemas. Reconhecer e referir pacientes que necessitem procedimentos diagnósticos e/ou terapêuticos para hospital, especialistas ou outras entidades (por ex.: alcoólatras anônimos); educar em saúde

Registros: fichas clínicas das famílias.

Carga de trabalho: 5.600 consultas/ano (2,5 *per capita*/ano).

A soma das cargas de trabalho dos quatro programas de nossa clínica é da ordem de 8.000 contatos/ano. Isto representa, portanto, 3,4 contatos *per capita* ao ano.

Limitações e Dificuldades

A taxa de consultas apresentada (3,4 *per capita*/ano) não é a taxa verdadeira de consultas desta população. Dois fenômenos ocorrem: (a) há evasão de pacientes (pessoas desta área utilizam outros serviços médicos); (b) há invasão de pacientes (pessoas residentes noutros locais utilizam nossos serviços). Esta é uma limitação de trabalho. Não há no País um sistema formal de saúde que permita o registro das pessoas em determinadas clínicas para receber cuidados médi-

cos. No momento, não temos condições de estimar a evasão e invasão de pacientes.

Além desta limitação, há outras dificuldades na operação da clínica: (a) não há, frequentemente, a contra-referência de pacientes por parte dos especialistas; (b) embora haja fornecimento de drogas pela CEME e Secretaria Estadual de Saúde, ocorrem freqüentes interrupções e algumas faltas significativas; (c) o acesso desta população a anticoncepcionais é errático; DIU é virtualmente inacessível.

Discussão

A APS tem pelo menos três dimensões distintas: política - sem o desejo político não há APS organizada e expressiva; epidemiológica - a dimensão acadêmica da APS - estudos populacionais visando a dimensionar problemas ou avaliar soluções propostas; operacional - a dimensão de execução das ações propriamente ditas.

A palavra população terá diferentes significados nestas diferentes dimensões. Para um político, população pode significar 100 milhões de pessoas. Para um epidemiologista, população é um grupo de pessoas estudadas. Entretanto, em nível operacional, população é necessariamente um grupo relativamente pequeno de pessoas que têm uma série de necessidades a serem atendidas. O atendimento destas necessidades resulta numa carga de trabalho a ser executada. Esta carga de trabalho é variável. Estudos realizados em países desenvolvidos mostram que as taxas de consultas variam de 3 a 7 *per capita* ao ano¹. Com as limitações descritas, estamos realizando 3,4 consultas *per capita* ao ano. Desconhecemos a existência de estudos realizados no Brasil acerca desses parâmetros; porém, não existem razões para acreditar que, em zonas urbanas da região centro-sul do País, as taxas de consultas sejam diferentes daquelas dos países desenvolvidos.

Utilizando a metodologia de organização da clínica, proposta neste trabalho, tornou-se possível aumentar significativamente a carga de trabalho e dedicar muito mais tempo para atividades de prevenção de doenças, de promoção e de manutenção de saúde. Ainda assim, é claro que mais de 2/3 da carga de trabalho é de responsabilidade do médico, trabalhando com necessidades sentidas. Este fato, a nosso ver, tem importantes implicações: (a) o atendimento de necessidades sentidas é o fulcro no qual se baseiam as ações da APS; (b) seria o momento de atendimento de necessidades sentidas um importantíssimo momento para educação em saúde.

Afora este tempo trabalhando com necessidades sentidas, a clínica dedica tempo suficiente para que crianças menores de um ano de idade tenham, em média, 9 contatos preventivos ao ano com membros da equipe de saúde. Talvez seja também significativo dizer que, atualmente,

estes contatos preventivos com crianças são o motivo mais freqüente de utilização de nossa clínica pela população, excedendo infecções respiratórias ou qualquer outra doença. Isto só foi possível alcançar depois que decidimos organizar o programa pós-natal com objetivos e metas bem definidos.

Mais do que organizar a clínica, a operação desses quatro programas permitiu iniciar duas outras atividades fundamentais da atenção médica: (a) avaliar a produção dos diversos setores da clínica e (b) estimar cobertura que determinadas ações alcançam na população-alvo.

Por exemplo, sabemos que mais de 90% das crianças entre 0-2 anos estão cobertas por ações preventivas. Por outro lado, estamos conscientes de que trabalhamos com apenas 1/3 dos hipertensos estimados da área. Estes aspectos seriam o mínimo de conhecimentos da medicina populacional necessários para avaliar objetivamente a eficiência de nossas ações.

Reconhecemos que, dadas certas circunstâncias geográficas e sociais, a ocorrência de determinadas doenças, como por exemplo: malária, esquistossomose, justificariam a existência de programas especiais.

Nenhuma destas ações — avaliar produção e estimar cobertura — poderão ser executadas sem registros apropriados. Como existe um grande volume de registros — da ordem de 8.000 ao ano — e a complexidade das variáveis envolvidas é tão grande, trabalhar manualmente estes dados é uma tarefa virtualmente impossível. Por isto, estamos desenvolvendo uma metodologia de computação dos registros. Também pensamos ser essencial que profissionais da APS desenvolvam estudos com a finalidade de padronizar, de maneira simples e eficiente, os registros.

Utilizamos uma combinação de 2 médicos gerais, 2 auxiliares de saúde e 1 secretária, todos em tempo integral; 1 médico, 1 nutricionista, estudantes de Medicina e Nutrição em tempo parcial para atender a 2.300 pessoas. Fica entendido que estes profissionais estão realizando simultaneamente uma dupla tarefa: assistência e ensino.

Obviamente, outras combinações são possíveis (pediatra, ginecologista, internista, enfermeira, visitadora etc.). Em nosso País, ainda não há uma definição formal quanto aos profissionais que estarão envolvidos na dimensão operacional da APS. Este é um aspecto que merece profunda discussão, pois é urgente treinar profissionais que exercerão as atividades de APS num futuro não tão distante.

Finalmente, a tão polêmica discussão dos limites e possibilidades da atenção médica. Existem estimativas³ de que a presença ou ausência de assistência médica seria responsável por cerca de 10% das diferenças de mortalidade entre diversas populações. Genética, hábitos de saúde e

o poderoso fator classe social, seriam responsáveis pela maior parte das diferenças. Entretanto, a conclusão de que intervenções médicas são sempre menos efetivas do que tem sido pensado de maneira nenhuma diminui o significado da função clínica. Quando as pessoas estão doentes elas querem que tudo o que possa ser feito seja para seu bem-estar; pequenos benefícios são bem-vindos quando maiores não estão disponíveis.⁷

Isto não quer dizer que clínicos devam ficar indiferentes às enormes injustiças sociais existentes no País. Profissionais da saúde, bem como os da educação, podem ser agentes de transformação social.

Summary — A methodological approach to the organization of a primary care clinic is described. Four programmes were planned to meet universal needs on human populations through medical care. In order to meet medical needs of 2.300 persons we are performing 3,4 contacts "per capita" in an year. These contacts, for operational purposes, are organized as distinct programmes: woman's clinic; well-baby clinic; hypertension programme; illness care, including care of acute diseases, other chronic diseases beyond hypertension and care of terminal patients.

These data suggest that patients initiated contacts are the striking feature of primary care. A health team made up of doctors, health visitors and nutritionist is responsible to run the above stated programmes. The operation of these programmes not only helped organize our clinic but also allowed us to settle two other imperative aims of medical care: to evaluate the output of different parts of our clinic; to estimate the coverage of some specific actions in the target population.

Referências Bibliográficas

1. BARBER, J. H. *General practice medicine*. London, Churchill Livingstone, 1984. p. 3.
2. FRY, J. *Common diseases; their nature, incidence and care*. s.l., Medical and Technical Publishing, 1974. p. 128.
3. HAGGERTY, R. J. The limits of medical care. *New Engl. J. Med.* 313: 383-4, 1985.
4. HART, J. T. A new type of general practitioner. *Lancet*, 2: 27-9, 1983.
5. INTERNATIONAL CONFERENCE ON PRIMARY HEALTH CARE. Alma-Ata, URSS, 6-12 sept 1978. *Primary health care*. Geneva, WHO/UNICEF, 1979.
6. JONAS, S. The case for change in medical education in the United States. *Lancet*, 2: 452-4, 1984.
7. McKEOWN, T. *The role of medicine, dreams, mirage and nemesis*. Blackwell, Oxford, 1979.
8. MOBILISING universities for health. *Lancet*, 2: 484, 1985.

Endereço dos autores:

Caixa Postal 464
96100 — Pelotas — RS