



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**

**FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA**

Fundada em 18 de fevereiro de 1808



---

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DA RESIDÊNCIA MÉDICA**

**RESIDÊNCIA MÉDICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

**(Relato de Experiência Sobre a Residência de Medicina da Família pela  
Universidade Federal da Bahia)**

**Salvador**

**2024**

**RAUL RIBEIRO DA FONSECA**

**RESIDÊNCIA MÉDICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

**(Relato de Experiência Sobre a Residência de Medicina da Família pela  
Universidade Federal da Bahia)**

Trabalho conclusão de curso, pré-requisito obrigatório para conclusão da Residência em Medicina Família e Comunidade – Faculdade de Medicina da Bahia/Hospital Universitário Professor Edgard Santos - Universidade Federal da Bahia.

Orientador(a): Acácia Amorim

**Salvador**

## RESUMO

**Introdução:** A partir de uma mudança de paradigma da Medicina, a Atenção Primária surge como o eixo essencial para a universalização do direito de uma saúde integral e humanizada. A Medicina de Família e Comunidade (MFC) é a especialidade médica central para o desenvolvimento desse modelo assistencial. Os programas de Residência em MFC no Brasil sofreram muitos empecilhos desde seus primórdios, e ressurgem principalmente nas últimas duas décadas, com objetivo de suprir a crescente demanda populacional. Esse trabalho relata a experiência de um médico durante a Residência de MFC da Universidade Federal da Bahia (UFBA), atuando principalmente no Nordeste de Amaralina, Salvador. **Objetivos:** discorrer sobre aspectos marcantes da formação curricular da residência, seu impacto sobre processo de assistência na Atenção Primária, bem como principais dificuldades encontradas. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, realizado durante a residência médica no período de março de 2023 a dezembro de 2024. **Resultados:** A formação da Residência Médica em MFC da UFBA, com atuação na comunidade sob a orientação de preceptoria e coordenadores, aliado aos estágios em Medicina Ocupacional, Geriatria, Pequenas Cirurgias, Pré-Natal de Alto Risco, Clínica da Dor, entre outros, geraram enorme impacto para o desenvolvimento de habilidades e competências do residente. Houve significativo crescimento profissional, com grande impacto na efetividade do cuidado à comunidade por meio da potencialização da integralidade, da longitudinalidade, da prevenção e da coordenação do cuidado. Essa ampla capacidade gerou vinculação mútua com as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) e com a comunidade, aumentando a universalização da Atenção Primária. **Conclusão:** Apesar das grandes dificuldades da Atenção Primária, do Sistema Único de Saúde, e dos desafios do período de Residência Médica, o Programa de MFC da UFBA gerou grande impacto na formação médica e na assistência à saúde para a população. Tal experiência reforça a importância e a efetividade do cuidado exercido pelo médico especialista em Atenção Primária, formado preferencialmente por bons Programas de Residência Médica.

**Palavras-chave:** saúde mental, atenção primária, residência médica, Medicina da família e comunidade,

## ABSTRACT

**Introduction:** From a paradigm change in Medicine, Primary Care emerges as the essential axis for the universalization of the right to comprehensive and humanized healthcare. Family and Community Medicine (FCM) is the central medical specialty for the development of this healthcare model. FCM Residency programs in Brazil have faced numerous obstacles since their beginning and have resurged primarily in the last two decades, with the goal of addressing the growing population demand. This paper reports the experience of a physician during the FCM Residency at the Federal University of Bahia (UFBA), working primarily at the Nordeste de Amaralina complex in Salvador. **Objectives:** To discuss key aspects of the residency curriculum, its impact on the Primary Care assistance, and the main difficulties encountered. **Method:** This is a descriptive study, written in the form of an experience report, carried out during the medical residency from March 2023 to December 2024. **Results:** The FCM Medical Residency at UFBA, with community-based practice under the guidance of preceptors and coordinators, combined with internships in Occupational Medicine, Geriatrics, Minor Surgeries, High-Risk Prenatal Care, Pain Clinic, among others, had a significant impact on the development of the resident's skills and competencies. There was substantial professional growth, with a major impact on the effectiveness of community care through the enhancement of comprehensive care, longitudinality, prevention, and care coordination. This broad capacity fostered mutual engagement with Community Health Agents (ACS) and the community, increasing the universalization of Primary Care. **Conclusion:** Despite the significant challenges of Primary Care, the Brazilian Unified Health System, and the difficulties of the medical residency period, the FCM Program at UFBA has made a substantial impact on medical education and healthcare delivery to the population. This experience reinforces the importance and effectiveness of care provided by specialists in Primary Care, preferably trained through strong Medical Residency Programs.

**Keywords:** mental health, primary care, medical residency, family and community medicine.

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	06
DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA.....	08
COMENTÁRIOS E DISCUSSÃO.....	21
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	22
REFERÊNCIAS .....	23

## 1. INTRODUÇÃO

O paradigma flexneriano, inaugurado em 1910, promoveu imensa evolução ao trazer o tecnicismo, a padronização, a objetividade e a ciência para a medicina.<sup>1,2</sup> O cartesianismo científico-filosófico e a busca da compreensão dos mecanismos biofísicos e fisiopatológicos impulsionaram o desenvolvimento acelerado dos conhecimentos e da tecnologia médica.<sup>1,2</sup> Desenvolveu-se um modelo cientificista, elitista, hierarquizado e hospitalocêntrico da saúde, culminando na fragmentação e mecanização de uma medicina impessoal.<sup>1</sup> Esta, baseada na cura de doenças, no modelo assistencial privatista, no uso de tecnologias de alta complexidade, tinha acesso restrito aos poucos que pudessem pagar ou fossem trabalhadores de carteira assinada<sup>3</sup>.

Apesar das enormes conquistas técnico-científicas deste período, a insatisfação com as falhas e desigualdades de um modelo de assistência excludente despertou a mobilização que culminou na Declaração de Alma-Ata<sup>3,4</sup>. Em 1978, a conferência com 134 países, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), determinou: a saúde deve ser garantida a todos, sem discriminação e deve haver participação da comunidade no planejamento e implementação das medidas<sup>4,5</sup>. O meio para a universalização do acesso à saúde e aos serviços básicos seria a Atenção Primária, com a promoção da saúde e prevenção de doenças, mas também dos serviços básicos de saneamento, segurança alimentar, imunização e educação em saúde<sup>4,5</sup>.

A Atenção Primária consiste no nível mais próximo e íntimo de promoção de saúde da população de um território adscrito, com vista na resolutividade de 80-90% das demandas de saúde da comunidade que nela habita<sup>5</sup>. É preconizada como a porta de entrada ao sistema de saúde, responsável pela coordenação e manejo do cuidado, para acolhimento, acompanhamento, tratamento, prevenção de adoecimentos e agravos de doenças<sup>4,5</sup>. Deve, para isso, responder e antecipar as demandas da população, priorizando o uso assertivo de tecnologias leves, poupando equipamentos e infraestruturas de alto custo e complexidade, bem como reduzindo a carência de especialistas focais<sup>5</sup>. Em última instância, a saúde primária traduz-se como um organismo vivo, composto pela infraestrutura e seus agentes alocados no território, em íntima defesa do direito à saúde e à vida daquela população<sup>4,5</sup>. Em termos econômicos, se propõe a reduzir a sobrecarga e a oneração do sistema público e da sociedade, preservando a população economicamente ativa, reduzindo custos de saúde e reduzindo os impactos sociais da morbidade e mortalidade<sup>5</sup>.

A Medicina de Família e Comunidade surge (e ressurge) mundialmente como a especialidade médica responsável voltada à prática centrada nas pessoas enquanto indivíduos, famílias e comunidades<sup>6</sup>. Em seu cerne, reúne e

desenvolve continuamente as habilidades e competências multidisciplinares para coordenar a assistência à saúde a Atenção Primária<sup>6</sup>.

Os primeiros programas de residência da então chamada Medicina Geral Comunitária foram criadas em 1976, no Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro e Pernambuco<sup>7</sup>. Com a Declaração de Alma Ata (1978), impulsionou-se a criação de novos programas de residência focados na Atenção Primária, mais concentrados no Sul e Sudeste brasileiros<sup>7</sup>. Sob a ótica elitista, houve a perseguição do que se considerava “Medicina Comunista” ou “Medicina Pobre para Pobres”, culminando em 1988 no corte das bolsas de todas as residências de Medicina Geral Comunitária<sup>7</sup>. Poucos programas resistiram a este ataque, alguns sob nome de “Medicina Preventiva e Social”<sup>7</sup>.

Em 1990, graças à mobilização da sociedade, à redemocratização e à Constituição de 88, nasceu o Sistema Único de Saúde (SUS), por meio das leis 8080<sup>8</sup> e 8142<sup>9</sup>. Foram fundamentados as bases orçamentárias e os princípios: Universalidade, Equidade, Integralidade, Descentralização, Comando único e Participação social<sup>8,9</sup>.

Um dos maiores problemas enfrentados em 2 décadas de SUS era a falta de valorização e formação de médicos que se identificassem com a Atenção Primária, e que quisessem ocupar os inúmeros vazios de assistência: o Médico da Família e Comunidade (MFC)<sup>10</sup>. Em Salvador, em 2010 foi criado programa pioneiro da Escola de Saúde Pública da Bahia (ESPBA)<sup>11</sup>. Permaneceu como iniciativa isolada por 8 anos, quando foram criados os programas da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP)<sup>11</sup>. Em 2019, foi criado o Programa Integrado de Residências em Saúde (PIRS), com um dos focos principais na MFC<sup>12</sup>. Conforme a Lei Complementar nº 72-2019, este programa formaria o especialista para atuar na Atenção Primária à Saúde, “a partir de uma abordagem biopsicossocial do processo saúde-doença, integrando ações de promoção, proteção, recuperação e de educação em saúde no nível individual e coletivo”.<sup>12</sup> Também em 2019 foram criados o programa da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) de Salvador e da Fundação Estatal Saúde da Família (FESF-SUS), e em 2020 o da UNIFTC.<sup>11</sup>

O objetivo deste relato é apresentar de forma pessoal alguns dos aspectos mais marcantes dessa jornada de 2 anos de transformação de um Médico Generalista em um Médico da Família e Comunidade, pelo programa de residência da Universidade Federal da Bahia. Como focos finais, serão abordadas as seguintes demandas reprimidas encontradas na vivência: saúde mental, pequenos procedimentos, acupuntura e modulação da dor.

## **2. DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA**

### **2.1. Motivações e Expectativas:**

A escolha pela Residência em Medicina da Família e Comunidade partiu de dois ímpetus internos: o apreço por múltiplas áreas da medicina e o desafio do aprendizado que isso exige; pelo desejo de cuidar do paciente onde mais se deve e pode agir. Formado na segunda metade de 2021, atuei em algumas das mais intensas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) da cidade. A morbimortalidade por COVID foi implacável no início do 2021, mas muitas ondas se seguiram, dentre as quais dos pacientes com acompanhamentos ambulatoriais interrompidos ou nem iniciados na Pandemia. Muitas condições tratáveis e preveníveis apresentadas em suas piores consequências: acidentes vasculares encefálicos, infartos agudos do miocárdio, edemas agudos de pulmão, paradas cardiorrespiratórias, cetoacidose diabética, amputações, dentre tantas outras. Muitos pacientes agravando antes de buscar a emergência, devido ao justificado medo do COVID. Embora haja uma sensação incrível em oferecer um pronto atendimento com sucesso e recuperação ao menos parcial a muitos desses pacientes, persiste a grande frustração: quase todos esses sofrimentos são evitáveis e advêm da insuficiência das atenções primária e secundária.

Somou-se a isso a missão humanitária para a qual fui voluntário, em dezembro de 2022 e janeiro de 2023, na fronteira com a Venezuela. Vivenciei, em atendimentos médicos, a carência de centenas de crianças, adultos e idosos que se arriscavam todas as semanas para buscar melhores condições de vida e serviços mínimos de saúde. Muitos vinham adoecidos, muitos adoeciam no caminho. A carência de atenção primária, secundária e terciária, as emergências e transferências, tudo era vivenciado de forma intensa. As intensas vivências solidificaram o ímpeto de contribuir onde cada vez mais eu compreendia como o alicerce da saúde.

A maior expectativa com a residência de Medicina da Família era aprender e vivenciar a Atenção Primária com a proteção acadêmica de resistir às pressões por números de atendimentos. Assim, poder promover uma atenção centrada na pessoa, necessária para preservar e resgatar sua saúde, reduzindo seu sofrimento físico e mental, e seus riscos de se tornar mais uma vítima adentrando emergências.

### **2.2. Apresentações**

Em primeira reunião com os coordenadores da Residência, foi feita a apresentação da equipe, preceptoria e daqueles que ingressariam como residentes do primeiro ano (R1). O programa de Residência em Medicina da Família da UFBA é composto, em teoria, de 9 residentes alocados nas USF Sabino Silva e USF Menino Joel, no Nordeste de Amaralina, pertencente ao Distrito Sanitário Barra-Rio Vermelho. Na USF Sabino Silva há três equipes com médicos residentes, cada qual com um R1 e um R2. Na USF Menino Joel, por ser uma unidade menor e com menos consultórios, há apenas três equipes, e

três médicos, preferencialmente que possuam maior experiência para atuar sem a parceria e retaguarda de um R2.

### **2.3. Primeiros Passos na USF Menino Joel**

O primeiro desafio observado foi compreender o fluxo e o funcionamento da unidade, conhecer a equipe, e um território que se encontra mais afastado da unidade. Essa adaptação coexistiu com uma crescente demanda de pessoas que até então eram acompanhadas em outras unidades, públicas ou privadas, e portanto necessitavam de toda uma atenção maior para compreensão integral e registro em prontuário. O prontuário eletrônico, por sua vez, persistiria como uma ferramenta instável durante mais de um ano. O desgaste mental e emocional com inúmeras quedas de sistema ao longo do dia, muitas vezes durante o mesmo atendimento, frequentemente demandava trabalho e retrabalho devido às perdas de informações a cada momento. Minha definição, ao momento, era que trabalhar com aquele sistema era “psicologicamente insalubre”. A estratégia era salvar em documento à parte e copiar para o prontuário à noite, quando o sistema estivesse estável, portanto demandando uma carga extra e tediosa de trabalho desnecessário na maioria das noites.

### **2.4. A Equipe 03 - Esperança**

Em meio ao processo de adaptação a uma nova rotina e ambiente de trabalho, notavam-se relações pouco harmônicas na equipe e entre as equipes. A enfermeira da equipe, já com pretensão de sair da unidade, permanecia distante, pouco interativa mesmo com a condução conjunta do Pré-Natal. Uma equipe pouco coesa, reuniões com muitas faltas das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), parca ou nenhuma participação dos poucos presentes. Como particularidade, a unidade é referência em curativos especiais e em vacinas, com poucos técnicos de enfermagem, os quais se dividem conforme as demandas na unidade. Apesar de estarem permanentemente designados por equipes, frequentemente surge a mera curiosidade para lembrar quem pertence a qual, sendo necessário consultar listas.

Mobilizar uma equipe não costuma ser fácil, principalmente para um médico acostumado com ambientes de emergência, em que o caos dos atendimentos exige uma equipe coesa e sob coordenação rígida. Não parecia ser o caso da Unidade de Saúde, que se encontrava há muitos tempo sem gerente, sem reunião, sem coesão e sem fiscalização. Não tardou a primeira discórdia na equipe. Uma Agente Comunitária de Saúde (ACS) que se recusava a visitar os pacientes de sua microárea, e outra que se compadecia pela necessidade daquelas pessoas conhecidas, e os visitava entre as visitas de sua área. Semanas após brigar com todos e desaparecer dos grupos e reuniões, a primeira reapareceu me confrontando acusadoramente, alegando que sua área havia sido invadida por outra ACS sob o meu aval (eu que ainda estava tentando compreender a dinâmica de trabalho, a territorialidade e as microáreas de cada uma). E persistiu em uma atitude hostil sempre que eu solicitava que visitássemos alguém de sua microárea, e por vezes os parentes iam à unidade quase implorar por cuidados. Poucas visitas foram realizadas com essa ACS,

ocorridas principalmente quando havia alguma denúncia ou pressão maior dos pacientes, que eram encorajados a denunciar. Foram inúmeras tentativas de diálogo conjuntamente com a gerente, posteriormente solicitando suporte de funcionários do Distrito, e a resposta se repetia: “é difícil fazermos algo, porque o sindicato deles é muito forte”.

Entre os extremos da “ACS Fantasma” e a ACS extremamente proativa e disponível, havia uma ACS mais “desligada”, outra mais fechada, e outra que estava afastada por algum motivo, mas que as demais pessoas tratavam como irresponsabilidade. E uma ACS falecida há anos, com toda uma microárea descoberta, por puro desinteresse da Secretaria Municipal de Saúde em contratar novos profissionais. Uma equipe esfacelada, que ignorou meus pedidos de ajuda para a Territorialização. Exceto pela ACS proativa, que me forneceu relatos de todas as microáreas. Com esses relatos, em conjunto com as visitas domiciliares, observações por imagens de satélite e dos dados da plataforma de informações MAIS, pude realizar a Territorialização, apresentada à coordenação, professores e demais residentes.

A despeito da negligência da administração municipal à presença e contratação dos ACS, estes são os aliados mais essenciais para o alcance da saúde à população. Prioritariamente membros da própria comunidade, são conhecedores natos das peculiaridades e necessidades desta. São nossos olhos, pés, braços e mãos no território, facilitadores da saúde em seu mais amplo significado, até mais do que nós. Assim, um médico deve ter uma ótima e respeitosa relação com sua equipe de ACS, deve buscar conquistá-la de forma genuína.

Busquei compreender como me comunicar melhor com a ACS que era mais “desligada”. Percebi uma desatenção associada com uma hipoacusia, então busquei falar mais alto e enfaticamente, juntamente com mensagens de texto assertivas. Chamei para conversar a ACS afastada, e não vesti a opinião de irresponsabilidade passada pelos outros. Em uma pergunta aberta e sincera, quis compreender o que estava acontecendo. Talvez tenha havido uma surpresa mútua, pois, abrindo-se em lágrimas, contou sobre o luto por sua mãe, e sobre toda a sobrecarga do cuidador que recaiu unicamente sobre si. Após isso revelou-se uma pessoa sensível e disponível, em todas as demandas, todas as buscas ativas. A ACS inicialmente mais fechada, percebi como uma questão de personalidade mais introvertida, o que não comprometia sua disponibilidade para as demandas de visitas e busca ativa, com uma boa vinculação com as demandas da população. A “ACS fantasma” permaneceu um problema conhecido de todos, a despeito de denúncias de pacientes, pressão de gerência, mensagens enviadas.

## **2.5. Equipe Técnica, Relações e Processos de Trabalho**

A equipe médica era coesa sob a liderança da preceptora, mas as enfermeiras pareciam não se falar, ocupando isoladamente suas divisões de funções. Com a saída da enfermeira de minha equipe e a chegada de uma nova, as três enfermeiras precisariam dividir as duas salas disponíveis. A mais antiga, entretanto, mantinha trancada a sua sala, mesmo estando fora da unidade em

várias atividades para as quais era solicitada por ser referência do Distrito em Curativos. Após meses tentando diálogo sem sucesso com essa enfermeira, que segundo relatos só agia conforme desejava, menosprezando-lhes com respostas sarcásticas, restava às demais enfermeiras se revezarem em uma sala, com muita dificuldade de conciliar agendas. Tal situação impactou negativamente a atuação de minha enfermeira, que estava sempre a se queixar, sempre parecendo estar em seu limite, falhando em contribuir e em cooperar em várias situações. Não atendia pessoas com tuberculose. Tinha vários afastamentos repentinos e não remarcava as gestantes, não fazia busca ativa de várias gestantes que faltavam às consultas com ela, gerando vários acompanhamentos irregulares. Não ia para quase nenhuma visita domiciliar, não tinha uma boa vinculação com as ACS e não solicitava visitas próprias, exceto em algumas campanhas para vacinar. Nas poucas visitas em que acompanhou, permanecia sentada passivamente, não buscava contribuir, mesmo quando a demanda era algo de domínio e conduta prioritária da enfermeira, a exemplo do cuidado em feridas. Não se envolvia com as necessidades de busca ativa, e em certo momento deixou de realizar e responder as investigações de sífilis congênita, óbito fetal e outras.

Como resultado, houve muito desgaste e sobrecarga, em uma equipe em que o médico assumia sozinho muitas funções e demandas, precisava avaliar feridas, realizar desbridamentos e curativos, recebia demandas atrasadas de investigações que supostamente já haviam sido feitas pela enfermeira, muitas demandas de busca ativa que nem sempre demandavam atendimento médico. Ao solicitar apoio, tentando aconselhar e pedir maior atuação, ouvia enormes desabafos sobre problemas pessoais e conflitos com a enfermeira, que havia conquistado a amizade da gerente e segundo ela recebia favorecimentos. Essa situação inesperada fez com que buscasse me capacitar: optei por ser o médico referência da Equipe de Curativos, o que gerou mais sobrecarga e atividades, mas também me permitiu conhecimentos que aprimoraram minha avaliação e manejo de pacientes com feridas agudas e feridas de difícil cicatrização, sobretudo os domiciliados. Precisei estudar os protocolos de imunizantes, e fazer contato com o distrito para compreender o fluxo de solicitação de imunizantes especiais para que pudesse aplicar em domicílio.

A escalada da situação entre as enfermeiras era frequente, até que culminou em um conflito durante minhas férias, e quando retornei às atividades já não possuía mais enfermeira e estávamos novamente sem gerente. Por um lado, passei a ser mais sobrecarregado com o Pré-Natal e com as várias demandas de novas investigações e das investigações pendentes. Por outro, pude ter maior domínio das gestantes, das faltas e abandonos, realizar as buscas ativas para retomada do cuidado em tempo hábil, pude responder e encerrar as várias solicitações novas e pendentes. As gestantes passaram a demonstrar maior vinculação à rotina e ao médico do Pré-Natal. Os profissionais da Unidade, como um todo, levaram meses para se recuperar e se readaptar à falta da gerente, com alguns dividindo papéis de liderança, outros assumindo o diálogo direto com o distrito e outras instituições externas.

A odontologia, apesar de compor a equipe de Saúde da Família, parece atuar em sua própria lógica de atendimento ambulatorial. Exceto por atividades pontuais, não houve muita interação com o restante da equipe. Esta interação se intensificou apenas pela inclusão da consulta odontológica como exigência de um Pré-Natal adequado, passando a haver iniciativa e insistência unilateral dos médicos em garantir pessoalmente que cada gestante saísse das consultas com previsão de atendimento odontológico imediato ou próximo.

## **2.6. Equipe Médica**

A Unidade possui 2 consultórios médicos no andar superior e 01 no térreo, este bastante exposto a poucos passos da entrada. Dos três residentes da USF Menino Joel, eu era o único homem e o mais experiente, então fui a escolha lógica para estar no consultório médico mais exposto e longe dos demais. Embora mais experiente como médico, essas experiências eram mais focadas em emergência, atendimentos de queixas pontuais, medicina pericial e ocupacional. Logo percebi a concentração das atenções no andar superior, tanto da preceptoria atenta às requisições e necessidades dos demais residentes, quanto dos internos de medicina. Apesar de acostumado a atuar em ambientes em alta demandas, percebi que havia uma sobrecarga enorme na atenção primária, e precisei aprender a solicitar mais suporte. Apesar da clara desvantagem da posição do consultório, a preceptora sempre esteve atenta às solicitações, e sabendo que dificilmente peço ajuda, passou a se policiar para realizar mais checagens.

Formados em diferentes instituições, os residentes possuíam bagagens bem diversas, mas eventualmente desenvolveram uma relação de cooperação e ajuda mútua. Sob a tranquila e aberta liderança da preceptora, a equipe médica permaneceu a mais coesa e harmônica da unidade. É natural, claro, a ocorrência de embates esporádicos, principalmente com o choque de experiências, expectativas e necessidades. Porém estes momentos se tornaram oportunidades de reflexão, diálogo e crescimento, não se permitindo o prejuízo do processo de trabalho e das relações.

A relação entre os residentes e os internos, em grande parte dos programas, costuma ser precária e permeada de assimetria, rispidez, hostilidade, despersonalização, com grande sobrecarga destes. Tal situação não condiz com o ambiente da MFC, e os internos são tratados como médicos em construção, colegas, pessoas. É responsabilidade do residente orientar e estimular o desenvolvimento de habilidades, competências e senso de participação no cuidado para que aquele interno se torne um bom médico. Houve muitas experiências ricas de crescimento e desenvolvimento com muitos internos que, mesmo sem afinidade com a área, demonstraram compromisso e comportamento profissional. Entretanto, o estigma e o desconhecimento da MFC no meio médico tradicional, aliados a um ambiente dinâmico e fluido, gera uma aparente confusão em alguns, que apresentam comportamento passivo, desinteressado, irresponsável, e desrespeitoso perante a MFC. São comuns os atrasos, os braços cruzados, ficar conversando no corredor ou na sala de

reunião, e já houve casos de interno que utilizava consultório vazio para dormir, ao invés de atender. Isso ocorre muitas vezes em momentos de alta demanda e grande oportunidade de aprendizado. Isso mostra que a MFC precisa saber como se firmar, exigir seu reconhecimento enquanto especialidade, e receber esses médicos e futuros médicos de forma em que haja respeito e compreensão à importância da Atenção Primária.

## **2.7. Os Estágios Externos**

Salvador possui programas excepcionais de Residência em Medicina da Família e Comunidade. A escolha pelo programa da UFBA se deveu ao desejo de experienciar os estágios do Hospital das Clínicas e do Ambulatório Magalhães Neto. Tais estágios foram essenciais para o desenvolvimento e aprimoramento de habilidades e competências para possibilitar uma maior integralidade do cuidado. Destaco a seguir alguns dos estágios mais marcantes.

### **2.7.1. Medicina Ocupacional**

Possibilitou expandir conhecimentos sobre os afastamentos e readaptações por condições de restrição temporárias, como a gestação, doenças ocupacionais, doenças eventuais que exijam algum tipo de afastamento ou readaptação. Bem como o conhecimento acerca dos exames periódicos e das normas de ergonomia, de proteção individual e coletiva, para prevenir o adoecimento ocupacional. Com isso, tornei-me mais seguro e assertivo na formulação de atestados e relatórios médicos, bem como na orientação dos pacientes para que possam ter seus direitos garantidos.

Um caso emblemático relacionado a isso foi de um senhor de 58 anos que procurou acolhimento por um mal estar inespecífico, que lhe fez sair do trabalho direto para a USF. Sentado em postura de tripé, frequência respiratória aumentada, não sabia explicar o que sentia, mas sabe que sempre que está no trabalho acaba por passar mal. Indagado sobre seu trabalho, afirmou que trabalha há mais de 35 anos, desde os 13 anos, com fogão à lenha em uma mesma padaria. Mostrou uma foto de um ambiente fechado, saturado de fumaça, como se não houvesse qualquer chaminé ou exaustor. Nunca fumou, nunca trabalhou com outra atividade, negou história prévia de asma, rinite ou sintomas respiratórios. Sem comorbidades, doenças, internamentos ou queixas, até que há 02 anos passou a apresentar esses episódios, juntamente com pigarro matutino. Ao exame, apresentava saturação de 88%, sibilos difusos. Imediatamente administrei broncodilatador inalatório, e o paciente apresentou alívio parcial dos sintomas. Prescrevi a medicação para uso contínuo e encaminhei o paciente ao Centro de Referência para realizar tomografia e espirometria. Orientei que o ambiente de trabalho estava lhe colocando em risco, e que precisaria de tempo para ter um melhor efeito das medicações e receber a conclusão do diagnóstico com os resultados dos exames. Indiquei afastamento inicial de 30 dias, informando que precisaria ser encaminhado para avaliação pericial do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), e solicitei que explicasse essa situação aos seus empregadores. No dia seguinte, adentra à unidade a filha dos donos da padaria, acusando o empregador de estar fingindo para fugir

do trabalho, e questionando o afastamento prolongado. Afirmei que não podia compartilhar informações de saúde de pacientes, mas frisei categoricamente que ele não estava fingindo, que o exame físico comprova sua queixa, e que ele deve ser encaminhado para a avaliação pelo INSS, devido à necessidade do afastamento prolongado. Pouco mais de uma semana depois, fui intimado pelo Conselho Regional de Medicina da Bahia (CREMEB) a explicar o atestado, sob acusação da empresa de “achar estranho o atestado”. Respondi a intimação assertivamente, sem mais repercussões.

Após algum tempo, sou procurado novamente pelo paciente, com grande melhora dos sintomas, saturação de 96%, ausculta respiratória sem sibilos. Apresentou os resultados dos exames, compatíveis com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), os quais utilizei para classificar e formular os relatórios para o INSS. Apesar de ter conseguido o acompanhamento com pneumologista na rede especializada, permaneci sendo o elo de cuidado e apoio para as necessidades do paciente.

### **2.7.2. Geriatria**

Avaliação Geriátrica Ampla é um desafio no contexto da APS, sendo frequente a necessidade de garantir tempo adicional e retorno de consulta. É preciso muito esforço para compreender integralmente o ancião em sua longa história, repleta de diagnósticos, traumas, lutos, superações, conquistas, perdas, insuficiências e negligências. O estágio permitiu o tempo, o modelo e a instrução para exercitar as múltiplas competências exigidas pelo cuidado ao idoso, mas que são frequentemente esquecidas na prática médica. A análise das Síndromes Geriátricas, ou os “07 Is da Geriatria”: Imobilidade, Insuficiência Cognitiva, Instabilidade Postural, Incontinência, Insuficiência Familiar, latrogenia.<sup>13</sup>

Ao apropriar-me dessa vivência, pude embasar melhor a compreensão e avaliação, o estabelecimento de prioridades, indicação de condutas, apaziguamento de polifarmácia e desprescrição de medicamentos que já não fazem sentido naquele contexto. Uma das latrogenias mais presenciadas no cuidado dos idosos é a prescrição conflitante, com medicações que não podem ser associadas, ou medicações que efeitos colaterais que já não trazem um bom risco-benefício. Uma das principais demandas é o declínio cognitivo e as demências. Como estratégia para aumentar a sensibilidade de um rastreio cognitivo que possa ser tempo-efetivo, passei a aliar o Teste de Fluência Verbal ao Mini Exame do Estado Mental (MEEM). O Teste da Fluência Verbal consiste em estimular a falar o máximo de nomes de uma mesma categoria semântica no período de 1 minuto, dependendo da integridade de áreas cerebrais distintas, com efeito de aprendizado e melhora do escore em indivíduos saudáveis<sup>14</sup>. Assim, se mostra muito adequado para qualquer nível cultural e situação, e muito sensível a diversas patologias cerebrais<sup>14</sup>. O MEEM, entretanto, está sujeito a muitos vieses com os diversos níveis de escolaridade, subestimando ou superestimando o comprometimento cognitivo<sup>14</sup>. Ao acrescentar apenas 1 minuto de consulta, é possível ampliar a sensibilidade do rastreio para a maioria dos idosos.

Dentro da ótica da MFC, há uma incrível potência de atuação sobre o idoso e seu contexto familiar e de cuidado. Frequentemente o ancião com maiores comorbidades ou maior idade se torna um ser binário com seu cuidador principal, este muitas vezes sobrecarregado, adoecido e negligenciado. Quando o cuidador adoece, percebe-se claramente a negligência e o declínio da saúde, do controle de comorbidades, muitas vezes até o declínio cognitivo desse idoso. Ao oferecer um olhar atento ao cuidador, educando-o para o autocuidado, ouvindo suas demandas, tratando de suas comorbidades, estamos multiplicando a efetividade de nosso cuidado. E estamos facilitando sua disposição para o melhor cuidado deste idoso.

Seja em consultas à unidade ou em visitas domiciliares, acompanhado ou não do idoso, o Médico da Família e Comunidade possibilita a vinculação e o pertencimento mútuo daquele cuidador, da família e da sua vizinhança em um nível comunitário. Assim, expande incrivelmente as possibilidades de cuidar, educar, motivar, preservar e recuperar a saúde do binômio idoso-cuidador, idoso-vizinhança, idoso-família.

Não menos importante é a oportunidade de paliar quando não há mais indicação ou possibilidade de tratamento da doença. O MFC tem como princípio existencial o cuidar de pessoas, não de doenças. A palição foi e é negligenciada por grande parte do saber médico, por vezes ausente na formação curricular da medicina, sendo frequente encontrar internos e médicos que sequer compreendem o que significa paliar. Parte essencial do cuidado, e não há momento mais natural e suave que a terceira idade, é oferecer o cuidado em todas as necessidades.

Sobram casos na MFC, um dos mais recentes foi de uma idosa com demência avançada e uma neoplasia maligna de rim. A filha estava angustiada com o fato de não ter operado e de a mãe estar emagrecendo a cada dia, tinha muitas dúvidas sobre o que fazer, e se tinha feito a coisa certa em não operar. Uma das dúvidas era de que a idosa gostava de doces, e ela não queria ofertar nem mesmo suco com açúcar. Após uma escuta paciente e acolhedora dessas angústias, pude explicar sobre o processo da doença incurável e seu curso natural, e sobre mudar o foco para estar presente nesse processo, realizar as vontades dessa idosa, inclusive ofertar doces, açúcar, e o que mais ela desejasse. Cuidar da pessoa, tirar o foco da doença.

### **2.7.3. Ambulatório de Pequenas Cirurgias**

Focado em pequenas e rápidas cirurgias, o estágio desenvolveu as habilidades de operar desde pequenas lesões, como cistos sebáceos, lipomas, nevos, reconstrução de lóbulos de orelhas, até realizar biópsia de linfonodos de pacientes com suspeita de tuberculose ganglionar ou linfoma. Munido de habilidades procedimentais desenvolvidas na faculdade, no internato, em cursos de certificação e nos trabalhos em plantões de emergências, tive minha experiência valorizada pelo cirurgião preceptor. Após poucas instruções e cirurgias, já no primeiro dia passou a permitir que eu realizasse a maioria dos procedimentos, deixando-me como auxiliar apenas em momentos mais

delicados de algumas cirurgias. A partir dessas vivências sob muitas orientações para que melhorasse a técnica cirúrgica, pude adquirir a confiança e habilidade para ofertar os serviços de pequenas cirurgias aos pacientes que apresentassem essa queixa.

A vasta maioria dessas pequenas lesões são benignas, sendo assim pouco priorizadas pelos serviços de cirurgia, dermatologia, e pela regulação. Porém, por vezes essas lesões causam desconforto físico, às vezes gerando dor e limitação física. Mesmo quando são estéticos, geram desconforto a alguns, e às vezes vergonha, impactando na autoestima do paciente. O cisto sebáceo, principalmente, gera ciclos de dor, inflamação e infecção, gerando sofrimento e desconforto recorrente aos pacientes. Assim, foi frequente encontrar pacientes impossibilitados há anos, às vezes décadas, de utilizar as vestimentas que desejam, ou de frequentar um ambiente de piscina ou praia. Muitas vezes passaram por especialistas focais, dermatologistas e cirurgiões, que consideraram desnecessário a abordagem, ou muitas vezes eram encaminhados e permaneciam meses ou anos em espera na fila da regulação.

As pequenas cirurgias são previstas na Atenção Primária, porém não foram e talvez nem devam ser realizadas biópsias e retirada de lesões profundas em ambiente de consultório/sala de procedimentos. Cirurgias mais profundas e complexas, inclusive, demandariam uma sala melhor equipada e a assistência exclusiva de um técnico de enfermagem, que como mencionado não é disponível na Unidade. Mas foram realizadas excisões de lesões mais superficiais com sucesso: cistos sebáceos em braço, antebraço, em tórax, nevos com incômodo estético, nevos hipertróficos em locais de atrito e dor com uso de sutiã, calça ou sandálias, lipomas, queloides de orelhas, granulomas piogênicos. Todos sob ajuda de uma colega residente, de internos e de residentes, com uma taxa de satisfação de 100% e uma taxa de infecção e complicações de zero. Demonstrando, assim, mais uma vez, a capacidade de integralidade e resolutividade da APS, de abordar questões que são importantes para o paciente, mesmo que sejam consideradas desnecessárias por outras linhas de cuidado. O especialista focal, frequentemente, só enxerga a benignidade da lesão, e não seu impacto no bem estar e qualidade de vida da pessoa que traz a queixa.

#### **2.7.4. Ambulatório da Dor + Terapia Neural e Acupuntura**

Em meus anos de estudante, interno e médico, jamais possuí a pretensão de aprender e aplicar acupuntura. Mas a vivência da Atenção Primária nos expõe a inúmeros casos de dor crônica e refratária. Populações envelhecidas, com poliartralgias, osteoartrite, obesidade, síndrome dolorosa miofascial, com sobrecarga funcional ao longo de anos, fibromialgia, nevralgia pós-herpética, cefaleia crônica, síndromes de compressão nervosa, e outras condições. A demanda por medicações de controle de dores crônicas já era frequente desde o início da residência. Felizmente eu já trazia um bom conhecimento sobre as terapias medicamentosas, porém era claro que toda a farmacoterapia não era o bastante para o tratamento. Indicava fisioterapia, hidroginástica, perda de peso,

melhoras comportamentais, com bons resultados, mas ainda faltava algo mais. No segundo ano de residência, vivenciei o estágio de Clínica da Dor, em que as prescrições farmacológicas eram levadas aos extremos, inclusive com opióides. Mas o que mais foi revolucionário foi a experiência com Terapia Neural por Lidocaína e a Acupuntura. O Hospital das Clínicas reúne os casos mais intensos e refratários de dor, mais graves do que a maioria dos pacientes vistos na APS. A prática da Terapia Neural por lidocaína, algo até então desconhecida por mim, consiste em aplicar uma solução diluída de lidocaína em pontos dolorosos, gerando um bloqueio naqueles pontos, portanto reduzindo a sobrecarga de impulsos de dor. A neurofisiologia da dor crônica inclui o recebimento disfuncional de aferências dolorosas por tempo prolongado, gerando uma neuroplasticidade que gera um processamento exacerbado da dor, chegando ao ponto de desencadear a alodinia. Esse tratamento visa bloquear esse sistema, permitindo que ele se reorganize após repetidas sessões de modulação desses impulsos. Era impressionante observar semanalmente o progresso de pacientes com alodinia intensa, com fibromialgia, que gemiam e choravam de dor apenas para deitar e se virar na maca, e com o decorrer do tratamento já demonstravam alívio. Essas pessoas frequentemente são tratadas com desdém e negligência por profissionais da saúde. Mas é inimaginável a realidade de estar sempre em sofrimento físico e emocional, dormindo mal, com limitação importante de suas atividades. Aliado à Terapia Neural, era aplicada a acupuntura, que potencializava os resultados. Após concluir o estágio, passei a aplicar essa terapia dupla pontualmente em alguns pacientes, que passaram a retornar sempre com relato de melhora da região tratada, desejando tratar outra área dolorosa, em sessões semanais. Eventualmente, no máximo até a sexta sessão, os pacientes afirmavam estar melhores e eles próprios se davam alta da terapia. Embora não dominasse a acupuntura, executava o roteiro básico, fazendo algumas adaptações para pacientes mais ansiosos, porém sem compreender completamente a fisiopatologia e a fundamentação da Medicina Tradicional Chinesa.

Com o desejo de compreender melhor e continuar ofertando cada vez mais a acupuntura, visando personalizar e expandir o tratamento, me inscrevi no Curso de Acupuntura para a Atenção Básica, desenvolvido pela equipe de acupuntura da Universidade Federal de Santa Catarina. Este curso, chancelado pelo Ministério da Saúde, foi trazido por iniciativa de Lilian Carneiro, Médica da Família e acupunturista, e que também foi a coordenadora principal do Programa de Residência de MFC da UFBA em meu ano de ingresso. A partir de um curso de 160 horas de aulas à distância, e 40 horas de aulas práticas, pude compreender melhor as bases da Acupuntura, da Medicina Tradicional Chinesa, e dos conhecimentos fisiopatológicos da Acupuntura ocidental. Assim, o curso expandiu enormemente meu conhecimento e habilidade, ao ponto em que hoje posso descrever cada ponto e sua indicação em pontos de acupuntura.

Passei a experimentar a aplicação isolada da acupuntura, sem a Terapia Neural. E os benefícios imediatos e a longo prazo foram enormemente relatados pelos pacientes, de forma muito mais rápida que todas as medicações de escolha. Relatam relaxamento, calma, bem-estar, redução da dor e de pensamentos

ansiosos. Em primeiro momento, havia utilizado esse tratamento apenas em pacientes acompanhados, pensando que seria inviável para os atendimentos mais rápidos e pontuais dos acolhimentos. De forma surpreendente, ao aplicar em alguns pacientes em crises de dor aguda e crônica que compareciam para acolhimento, também notava uma melhora mais rápida, simples e agradável do que o uso de medicamentos orais ou por via intramuscular. Não houve impacto tão significativo na duração da aplicação, que ocorria concomitantemente com o exame físico, e logo após era possível coletar mais informações e definir condutas medicamentosas para domicílio. Ao término disso, já havia se concluído o tempo necessário para que a paciente relatasse o benefício e saísse impressionada com a efetividade do tratamento, deixando-me também surpreso a cada relato. Em outros momentos, quando a indicação surge ao final da consulta, é possível encontrar um local em que o paciente possa deitar, em um consultório ao lado, ou às vezes sentar em uma cadeira ao lado do consultório. Até o momento, sem intercorrências. Duas principais contraindicações à aplicação é fobia de agulha e não desejar ser submetido à técnica, o que é sempre respeitado. Só houve uma negativa, de uma paciente com fibromialgia que não gostava de acupuntura. Assim, experimentei pessoalmente que a acupuntura é uma aliada efetiva de um MFC, sendo bem tolerada e de fácil execução com o devido treinamento. Espero que essa prática seja cada vez mais difundida entre os médicos da Atenção Primária.

#### **2.7.5. Pré-Natal de Alto Risco – Maternidade Climério de Oliveira**

A Maternidade Climério de Oliveira, pertencente à UFBA, não estava entre as expectativas iniciais, mas se provou uma experiência essencial. Na Atenção Primária, desenvolvemos as atividades de Pré-Natal de Risco Habitual, ou assim pensava eu. Assim como a APS coordena o acesso ao diagnóstico e à terapia inicial da maioria das condições, para então encaminhar para os especialistas quando necessário, as gestantes dificilmente chegam catalogadas como Gestação de Alto Risco. O rastreio, identificação, diagnóstico e definição da profilaxia e do primeiro tratamento, na maioria das vezes, recai sobre o MFC. A janela de oportunidade de ação é muito estreita e precoce, sobretudo no primeiro trimestre, quando há o maior benefício das profilaxias e condutas. Quando solicitado encaminhamento ao Pré-Natal de Alto Risco (PNAR), muitas vezes havia demora de receber resposta, de haver marcação, ou a paciente faltava a triagem na Maternidade, ou a paciente passava a faltar às consultas na USF, sendo necessário a busca ativa. Em diversos momentos, essa janela de oportunidade seria perdida, se não houvesse a identificação precoce e a prescrição assertiva, na própria APS, das condutas que seriam apenas ajustadas na Maternidade de Referência.

A vivência no PNAR possibilitou um reforço intenso aos conhecimentos sobre diabetes gestacional, doença hipertensiva gestacional, pré-eclâmpsia parto, critérios de encaminhamento emergencial à Maternidade. Conceitos, prazos, tratamentos, profilaxias, sinais de alarme, para identificar as gestantes que demandam condutas. A preceptora e Pré-Natalista do PNAR foi extremamente solícita e didática, focando sempre no papel indispensável da APS para a

gestante alto risco, sempre frisando com a equipe e apaciente a importância de manter o acompanhamento conjunto na unidade de origem. Da mesma forma, devido à posição estratégica da USF, esta permanece continuamente como a primeira linha de avaliação da maioria das queixas e ocorrências, inclusive realizando a orientação e encaminhamento imediato ou precoce quando necessário. Ao passar dessas experiências, passei a ser mais certo e assertivo em minhas avaliações e condutas, assim pude iniciar em tempo hábil o uso do cálcio, do ácido acetil salicílico (AAS), do metil-dopa, ou encaminhar imediatamente uma paciente para internamento para insulino-terapia ou para interrupção de gestação devido ao aumento pressórico e/ou desenvolvimento de sinais de pré-eclâmpsia. A quantidade de pacientes com essas condições me surpreendeu, mas felizmente não vivenciei desfechos sombrios com as gestantes que acompanhei. Me tornei muito mais seguro e com maior domínio do Pré-Natal de Risco Habitual. E pude fazer a puericultura de muitos destes bebês, em um privilégio de vivenciar um vínculo que nenhuma outra especialidade médica é capaz de vivenciar.

O aprimoramento e a segurança na rotina atenta e longitudinal do pré-natal me fez perceber a falha da continuidade do cuidado médico aos bebês. A disponibilidade do Médico da Família para a puericultura nem sempre é possibilitada ou clara para a equipe e para a mãe, sendo muitos casos dificultados por funcionários da recepção que apenas dizem “aqui não tem pediatra”. Ou por gerentes e médicos que preferem que a puericultura seja feita apenas por enfermeira, e que os médicos tenham disponibilidade apenas para os adultos. Assim, não era incomum que esses bebês passassem longos períodos sem acompanhamento de qualquer tipo, sem uso das suplementações de ferro e vitamina D, em uso de alimentos inadequados e deletérios por falta de orientações sobre introdução dietética, sem medidas de prevenção de doenças. Esses bebês e crianças surgiam apenas com doenças agudas, muitas vezes sendo vacinadas apenas devido à exigência do Bolsa-Família. É muito incongruente, na Atenção Primária, que o médico só encontre o bebê e a criança apenas na hora de atuar na doença, sem se vincular a elas. A partir disso, compreendi a puericultura como uma prioridade, e estabeleci a rotina de oferecer esse acompanhamento prioritário, assim como o pré-natal, garantindo a data e marcando a consulta diretamente comigo. O nível de vinculação com esse binômio mãe-bebê, possibilitando um cuidado multiplicado e efetivo, remete novamente à potência de cuidar de quem cuida. Mais uma vez, o cuidado focado na pessoa os mantém conosco, em qualquer condição ou necessidade, em qualquer ciclo da vida.

## **2.8. Estágios Externos no Complexo Comunitário Vida Plena 1 (CCVP 1)**

Como egresso da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), o CCVP 1 foi como retornar a um dos lares. Passei novamente, na posição de residente, por estágios interessantes, como Saúde do Adulto e Saúde da Criança. Mas três estágios foram divisores de água.

### **2.8.1. Saúde Mental, Psiquiatria da Infância e Adolescência, Neurologia Infantil**

Qualquer pessoa que tenha convivido tempo o bastante comigo sabe a afinidade e paixão que tenho pela saúde mental e pela neurologia. Nesses estágios, pude revisitar essas áreas de fascínio, acompanhar casos, identificar diagnósticos, afiar minha percepção e conhecimentos sobre manejo psicofármacos. Saúde mental é uma área extremamente estratégica para a Atenção Primária. O sofrimento psíquico, os transtornos de desenvolvimento infantil, as psicose, são grandes determinantes de saúde. Permeiam a possibilidade do acesso aos serviços de saúde, da adesão ao cuidado e às terapias, das condições dignas de vida, das relações de trabalho, relações familiares e comunitárias. Uma boa saúde mental é indispensável para a saúde física. O especialista focal da saúde mental, bem como o psicólogo, são recursos extremamente limitados na comunidade. O MFC, enquanto cuidador integral, não pode se abster de se capacitar a manejar os problemas de saúde comum. Esses conhecimentos não são previamente conquistados pela maioria dos egressos de medicina, onde ainda há muita psicofobia e muita separação conceitual da mente e do corpo. Apesar de meu fascínio prévio, as vivências dos estágios, bem como a oferta pela UFBA de cursos EAD de capacitação em Saúde Mental para a Atenção Primária, permitiram um refinamento muito importante das minhas habilidades. Com uma medicação que sequer sabia que existia antes dos estágios, consegui vencer a apatia de uma paciente com esquizofrenia que angustiava seus familiares por se trancar no quarto. Com alegria, sua irmã relatou como ela havia se tornado mais comunicativa, e que passou a brincar muito com seus sobrinhos, que lhe adoram. Pude identificar, diagnosticar, manejar vários casos de saúde mental, de diversas condições, com boas respostas e vinculações. No último ano, foram mais de cem pacientes com essas demandas, com vinculação e retornos para ajustes de medicações, otimizações, trocas. A grande maioria sem acesso ao psiquiatra, que permanece com longas listas de espera. Uma estratégia constante para mitigar a falta de profissionais na rede especializada, foi o Matriciamento com o CAPS Oswaldo Camargo, referência da área. Não só foram disponíveis para discutir casos de médicos das unidades, como contaram com a parceria das Unidades para ampliar o alcance aos pacientes em seus domicílios, em uma via de mão dupla em garantia do cuidado.

### **3. COMENTÁRIOS E DISCUSSÃO**

A escolha da residência médica é uma etapa contínua, e o questionamento desse percurso é natural ao processo de dificuldades, inseguranças, aprendizados e construção de uma nova identidade. Muitas dificuldades são impostas em qualquer ambiente de prática médica, mas a residência apresenta isso em uma carga horária exacerbada, em uma vivência muito intensa e probatória. A parceria com a coordenação, a preceptoria e os colegas é essencial nesse enfrentamento, porém a determinação pessoal é testada continuamente, sendo necessário demonstrar resiliência, humildade, disciplina e princípios. A atenção primária se demonstrou muito mais complexa e difícil do que esperava.

Ao abordar sua saúde de forma integral, evidencia-se que esta pessoa e seus processos de saúde e doença coexistem e perpassam, desde o futuro, o presente, o passado, e até mesmo antes de sua concepção, por suas relações com familiares, sua comunidade local e sua posição social e econômica. A despeito disso, está longe de ser passivo, ou um mero produto do meio, e o profissional da saúde deve ser um facilitador da compreensão e do empoderamento do indivíduo em seu papel como coator de sua vida e sua saúde. De outra forma, dificilmente há efetividade da conduta se a pessoa não compreende sua condição e seu papel no processo de autocuidado, ou se possui alguma questão social limitante ou doença mental não abordada.

O indivíduo, conforme origem filogenética, advém da palavra latim “*individuus*”, ou “indivisível”, e, no entanto, este se percebia fatiado em capítulos, especialidades e subespecialidades pelo “Saber Médico”. Embora essa divisão seja essencial para abordagens focais, quando são devidas, esquece-se com frequência de duas premissas da medicina ocidental e da tradição socrática: o corpo humano é uma unidade auto-regulável e interligada; a saúde e a doença do corpo e da mente são indissociáveis.

Muitas especialidades médicas estão em busca desta conciliação e humanização do cuidado, porém é a Medicina da Família e Comunidade que carrega em seu cerne a maior potencialidade e a responsabilidade para abordar e promover a saúde das pessoas, famílias e comunidade de dado território.

Há muitos anos a sociedade clama pela volta da figura do Médico da Família: aquele que acompanhava e conhecia todas as pessoas de uma família, auxiliando e resolvendo quase todas as demandas de saúde da comunidade desde o pré-natal até os últimos dias de vida. O que não lhe cabia, encaminhava para a especialidade necessária, ou para o serviço de maior complexidade. Esta figura quase mítica no imaginário saudoso estava há tanto em risco de extinção, que com frequência o Médico da Família e Comunidade é chamado de “Médico Clínico” por seus colegas de outras profissões e especialidades.

Ao mesmo tempo recebe demandas tão diversas que dificilmente coexistiriam em uma rotina de clínico ou qualquer outra especialidade médica: gestantes, bebês, crianças, idosos, hipertensão, diabetes, saúde mental, pequenos procedimentos, feridas, pronto-atendimento, acupuntura, dor crônica, palição, visitas domiciliares, e tantas outras demandas. Talvez por isso minha grande resistência à forte pressão da lógica de cadeia de produção aplicada à saúde.

A postura de determinar condutas focais e unilaterais ainda é majoritária no imaginário de gestores da saúde e de muitos médicos, que acreditam ser razoável atendimentos de 15 minutos para qualquer circunstância. Muito disso se deve à medicina centrada na queixa e na doença, compatível com um pronto-atendimento ou a um atendimento pontual. Mas também se deve à desumanização das vidas, que se tornam números e cifras aos olhos da gestão. Na perspectiva da atenção centrada na pessoa, tal pensamento desconsidera o tempo para conhecimento da pessoa, suas queixas, necessidades, desejos, hábitos, históricos médicos, epidemiológicos, alimentação, padrão de sono,

conflitos intrapessoais e interpessoais, participação, educação e troca com o paciente. Como consequência, não há a devida vinculação, perde-se a compreensão integral da pessoa, a oportunidade de perceber e fornecer condutas, de educar e empoderar o indivíduo em seu processo de saúde e doença. Em última instância, perde-se a efetividade do cuidado, às vezes com a desistência do seguimento ao acompanhamento e ao tratamento. Isso é muito notado em relatos de pacientes com históricos de abandono de seguimentos a atendimentos públicos e privados, e pacientes que retornavam de especialistas focais solicitando explicações e opiniões a respeito de exames e tratamentos. Uma das queixas é que a consulta foi muito rápida, que não compreenderam o diagnóstico nem a conduta, portanto não se sentiram vistos, não sentiram confiança. Agrega-se, portanto, ao papel da atenção primária, o ônus de traduzir e explicar aquilo que o paciente não compreendeu em sua rápida passagem pela atenção secundária. E de sintetizar seu histórico nas atenções primária, secundária e terciária, coordenando o seu cuidado.

Em outro ponto de vista mais pragmático, o papel de coordenar o cuidado implica em lidar com trâmites que burocratizam o acesso a medicamentos, tratamentos e encaminhamentos a serviços especializados. Por vezes demanda tempo e disposição para preenchimento de 2 a 5 documentos para cada conduta.

Portanto, embora haja muitos obstáculos e dificultadores, a experiência com a Atenção Primária, sob a proteção do caráter acadêmico da Residência Médica, permitiu a vivência de um SUS resolutivo, preventivo, equitativa, igualitário, integral e universal, apesar das muitas falhas e boicotes. Em muitos aspectos, a Atenção Primária representa um SUS que tem o potencial de oferecer um melhor cuidado do que a Indústria da Saúde.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Cursar a Residência em Medicina da Família e Comunidade parece algo pouco vantajoso a princípio, considerando a menor carga horária e melhor remuneração de cargos que até o presente momento não exigem o título de Médico da Família e Comunidade. Porém, essa experiência permitiu visualizar a potência e a essencialidade da Atenção Primária como a atuação mais importante para a consolidação do SUS. Inclusive, a partir de alguns dos obstáculos, pude desenvolver novas habilidades e capacidades, refletir sobre minhas falhas e defeitos. Aliado a isso, as grandes oportunidades oferecidas pela Residência da UFBA me ajudaram a ampliar enormemente minha prática médica, fizeram-me crescer enquanto pessoa, e foram essenciais para o desenvolvimento da identidade de Médico da Família e Comunidade: defensor do SUS e da Atenção Primária, especialista em cuidar pessoas e comunidades.

## 6. REFERÊNCIAS

1. Pagliosa, FL. Ros, MAD. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Rev. bras. educ. med.* 2008;32(4):12-18.
2. Frank MRC. *Medicina: uma história*. Ed UNIVATES, 2022
3. A Construção da Saúde Pública no Brasil. [acesso em 06 dez. 2024]. Disponível em: <https://dms.ufpel.edu.br/sus/files/timeline.html>
4. Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata. World Health Organization. Geneva, 1978.
5. A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. CONASS. 2021. [acesso em 06 dez. 2024]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>
6. Perfil do Médico de Família e Comunidade: Definição Iberoamericana. Wonka, 2010.
7. História. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. [acesso em 06 dez. 2024]. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/historia/>
8. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. (Brasil, 1990). [acesso em 06 dez. 2024]. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm#art35](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm#art35).
9. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. (Brasil, 1990). [acesso em 06 dez. 2024]. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm).
10. Anderson MIP, Rodrigues RD. Formação de especialistas em Medicina de Família e Comunidade no Brasil: dilemas e perspectivas. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2024; 6(18): 19-20 [acesso em 06 dez. 2024]. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/246/pdf>
11. Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade. (Salvador, s.d.). [acesso em 06 dez. 2024]. Disponível em: <https://esps.saude.salvador.ba.gov.br/programas-de-residencia-de-medicina-de-familia-e-comunidade-prmfc/>.
12. Lei Complementar nº 72, de 17 de julho de 2019. (Salvador, 2019). [acesso em 06 dez. 2024]. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/ba/s/salvador/lei-complementar/2019/8/72/lei-complementar-n-72-2019-dispoe-sobre-o-sistema-de-controle-interno-integrado-sicoi-reestrutura-a-controladoria-geral-do-municipio-de-salvador-institui-o-programa-integrado-de-residencias-em-saude-e-da-outras-providencias>.
13. Santos LFD, Lima MA, Ferreira SM, Silva MFF. Síndromes geriátricas e a abordagem multidisciplinar no cuidado do idoso. *Rev Min Med*. 2020;30(3):383-388. [acesso em 06 dez. 2024]. Disponível em: <https://rmmg.org/artigo/detalhes/383>.
14. Rodrigues AB, Yamashita ET, Chiappetta ALML. Teste da Fluência Verbal no Adulto e no Idoso: Verificação da Aprendizagem Verbal. *Rev CEFAC*, São Paulo, v.10, n.4, 443-451, out-dez, 2008



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA  
COMISSÃO DE RESIDÊNCIA MÉDICA – COREME  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROF. EDGARD SANTOS  
MATERNIDADE CLIMÉRIO DE OLIVEIRA



## TERMO DE APROVAÇÃO

**Parecer do trabalho de Conclusão de Residência Médica do Hospital Universitário Professor Edgard Santos, como pré-requisito obrigatório para a conclusão do Programa de Residência Médica em MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE.**

**Aluno(a):** Raul Ribeiro da Fonseca

**Professor(a)-Orientador(a):** Acácia Oliveira Amorim

**Título:** RESIDÊNCIA MÉDICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA - RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE A RESIDÊNCIA DE MEDICINA DA FAMÍLIA PELA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA.

**Relevância:** Trata-se de trabalho cuja temática se faz importante, tendo sido desenvolvido com esmero. As reflexões feitas pelo médico residente foram consideradas pela banca examinadora, composta por mim, Prof. Washington Luiz Abreu de Jesus (UFBA), Prof. Rodrigo Dias Bittencourt (UFBA) e pela Preceptora Acácia Oliveira Amorim (SMS-Salvador), como de relevância e mérito para a formação em Medicina de Família e Comunidade.

**Avaliação do desempenho do(a) aluno(a):** Satisfatório.

**NOTA:** 10,0 (dez)

**Salvador, 14 de dezembro de 2024.**

**Dr. Washington Luiz Abreu de Jesus**  
**Supervisora do Programa de Residência Médica de Medicina de**  
**Família e Comunidade**  
**HUPES/ MCO/UFBA**