

Terminologia da Atenção Primária à Saúde

Terminology of Primary Health Care

Gustavo Diniz Ferreira Gusso¹
Isabela Judith Martins Bensenor¹
Rodrigo Díaz Olmos¹

PALAVRAS-CHAVE:

- Atenção Primária à Saúde.
- Programa Saúde da Família.
- Medicina de Família e Comunidade.
- Medicina Geral.
- Medicina Interna.

KEYWORDS:

- Primary Health Care.
- Family Health Program.
- Family Practice.
- General Practice.
- Internal Medicine.

RESUMO

Introdução: Muitos termos da área de Atenção Primária à Saúde não são utilizados adequadamente. É importante resgatar a origem desses termos, a fim de entender porque são usados de maneiras diferentes por trabalhadores da saúde e pela população leiga. **Objetivo:** Pesquisar e discutir os significados e usos de termos ligados à Atenção Primária à Saúde. **Método:** Revisão, em diferentes fontes, de significados de termos como Atenção Primária à Saúde, medicina de família, clínica geral, medicina interna, Programa Saúde da Família. **Resultados:** Referências diferentes geralmente têm o mesmo significado para termos similares. Alguns termos, como, por exemplo, “clínica médica”, que na prática significa “medicina interna”, não têm origem clara. **Discussão:** Muitos termos são usados indevidamente por causa de diferentes interesses e motivos históricos. Este trabalho não pretende esgotar a discussão sobre a importância da terminologia na Atenção Primária. É um campo relevante de investigação, porque pode ajudar a comunicação entre pacientes, profissionais da saúde e políticos e, em especial, colaborar para o adequado entendimento pelos estudantes deste cenário de prática.

ABSTRACT

Introduction: The field of primary health care has many terms that are not used properly. It is important to retrieve the root of such terms in order to understand why they are used differently by health workers and lay people. **Objective:** To research and discuss the meanings and uses of terms related to primary health care. **Method:** Review in different sources the meanings of terms such as primary health care, family medicine, general practice, internal medicine, family health program. **Results:** Different references usually have the same meaning for similar terms. Some terms, such as “clinical medicine”, which in practice means “internal medicine”, do not have a clear origin. **Discussion:** Many terms are used incorrectly due to different interests and historical reasons. This work does not intend to provide an exhaustive discussion about the importance of terminology in primary health care. It is an important field of research because might help communication between patients, health workers and politicians and, especially, support adequate understanding by students of this type of health care.

Recebido em: 22/06/2011

Reencaminhado em: 28/11/2011

Aprovado em: 30/12/2011

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde, termo difundido mundialmente, vem sendo fortalecida no Brasil, o que leva ao aumento da produção científica e da importância do ensino nessa área. Cada vez mais, são citados termos a ela relacionados, como Atenção Básica e Medicina de Família e Comunidade. Cada termo está envolto em um significado epistemológico, construído ao longo do tempo e influenciado pela história e cultura de cada local.

No contexto brasileiro de organização da Atenção Primária à Saúde, muitos termos que antes não eram usados se tornaram corriqueiros nos meios médicos. Eles não são propriamente novos, mas muitos estavam em “estado latente” ou foram introduzidos em outra época, com outro significado. Por exemplo, a especialidade atualmente chamada Medicina de Família e Comunidade (MFC) foi reconhecida em 1981 como Medicina Geral Comunitária. Nessa época, ainda se discutia se o “generalista” deveria se formar na graduação ou durante a residência médica¹. Hoje, já está difundido e aceito que essa especialidade deve ser contemplada na graduação, mas a formação completa do médico de família e comunidade deve se dar na pós-graduação, de preferência em residência médica.

Em um momento de reorganização do sistema de saúde, quando muitos interesses afloram, os termos podem ser usados para a defesa de um ou outro grupo e não em benefício da ideia original. No caso do Sistema Único de Saúde (SUS), o objetivo comum deve ser colocar em prática seus princípios, como universalidade, equidade e integralidade. Assim, é importante buscar uma definição mínima desses conceitos, para que as discussões sejam produtivas e para diminuir o caos epistemológico. Este trabalho pretende colaborar nesse processo, mas não esgotá-lo, pois, como já dito, ele depende da história e da cultura local e está em constante transformação.

OBJETIVO

O objetivo deste estudo é pesquisar os significados de alguns termos relacionados à Atenção Primária à Saúde e minimizar o caos epistemológico que envolve essa área no Brasil atualmente.

METODOLOGIA

Foi realizado um levantamento utilizando-se dicionários médicos, artigos científicos, os Descritores de Ciências da Saúde, a página eletrônica oficial do governo brasileiro e outras fontes relevantes. Foram pesquisados os termos Atenção Primária à Saúde (*Primary Health Care*), Atenção Básica, medicina de família (*Family Practice*), Medicina Comunitária (*Community*

Medicine), Medicina de Família e Comunidade, clínica geral (*General Practice*), clínico geral (*General Practitioner*), clínica médica, medicina interna (*Internal Medicine*) e Programa Saúde da Família (*Family Health Program*).

RESULTADOS

Atenção Básica

“A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde”².

Atenção Primária à Saúde (*Primary Health Care*)

“Atenção de primeiro contato. Contínua, global e coordenada que se proporciona à população sem distinção de gênero, ou enfermidade, ou sistema orgânico”³.

“Cuidados que propiciam a manutenção básica de saúde, serviços terapêuticos e a coordenação das necessidades e serviços comunitários”⁴.

“Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autonomia. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do País, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e se constituem no primeiro elemento de um contínuo processo de assistência à saúde”⁵.

Clínico Geral (*General Practitioners*)

“O profissional de saúde, como o médico ou o dentista, que não se especializa em nenhuma área particular dessas profissões, não é sujeito à certificação de especialista e geralmente provê cuidados primários”⁶.

“Médicos cuja prática não é restrita a uma área específica da medicina”⁴.

“Um médico que presta cuidados primários e contínuos a pacientes de ambos os sexos e de todas as idades e suas famílias por problemas físicos, comportamentais e sociais dentro de sua comunidade”⁷.

Clínica Geral (*General Practice*)

“A provisão de cuidados médicos contínuos independente da idade do paciente ou da presença de condição que pode temporariamente requisitar atenção de um especialista”⁸.

Clínica Médica

Especialidade médica reconhecida pelo Conselho Nacional de Residência Médica (CNRM) que trata de adultos e ocupa a maior parte do tempo em atividades intra-hospitalares. É também conhecida como medicina interna⁹.

Estudo e prática da medicina por exame direto do paciente⁴.

Medicina de Família (*Family Practice/Family Medicine*)

“A prática do médico de família é um campo relativamente recente da especialização e não deve ser equiparado com a clínica geral”⁶.

“A especialidade médica que envolve o planejamento e provisão de compreensiva atenção primária à saúde para todos os membros da família, independente da idade e do sexo, de forma contínua”⁸.

“Especialidade médica voltada para a provisão contínua e integrada de cuidados primários de saúde para toda a família”⁴.

“Sinônimo de clínica geral (*General Practice*). Uma disciplina acadêmica e científica, com os seus próprios conteúdos educacionais, investigação, base de evidência e atividade clínica, e uma especialidade clínica orientada para os cuidados primários. A seção europeia da Organização Mundial dos Médicos de Família (Wonca Europe) estabelece que as características da disciplina são:

(a) Normalmente o primeiro ponto de contato dos pacientes com o sistema de saúde, proporcionando um acesso aberto e ilimitado aos seus usuários, lidando com todos os problemas de saúde, independentemente da idade, sexo ou qualquer outra característica da pessoa em questão;

(b) Faz uso eficiente de recursos de saúde através da coordenação de cuidados, trabalhando com outros profissionais no contexto dos cuidados primários e gerindo a interface com outras especialidades, assumindo um papel de advocacia do paciente, quando necessário;

(c) Desenvolve uma abordagem centrada na pessoa, orientada para o indivíduo, sua família e sua comunidade;

(d) Tem um processo de consulta original, que estabelece uma relação ao longo do tempo, através de uma comunicação efetiva entre médico e paciente;

(e) É responsável pela prestação de cuidado longitudinal como determinado pelas necessidades do paciente;

(f) Tem um processo de tomada de decisão específico determinado pela prevalência e incidência da doença na comunidade;

(g) Gere simultaneamente problemas de saúde agudos e crônicos de pacientes;

(h) Gerencia a doença que se apresenta de forma indiferenciada, numa fase precoce da sua evolução e que pode exigir intervenção urgente;

(i) Promove a saúde e o bem-estar por meio de intervenções adequadas e eficazes;

(j) Tem uma responsabilidade específica pela saúde da comunidade;

(k) Lida com problemas de saúde nas suas dimensões física, psicológica, social, cultural e existencial”⁷.

Medicina de Família e Comunidade

Especialidade médica reconhecida pelo CNRM desde 1981 com o nome Medicina Geral Comunitária e que foi renomeada em 2001. Deve atender a toda a população sem distinção de idade, gênero ou sistema orgânico e ocupa a maior parte do tempo em atividades extra-hospitalares⁹.

Especialidade médica voltada para a provisão contínua e integrada de cuidados primários de saúde para toda a família⁴.

Medicina Comunitária (*Community Medicine*)

“Cuidados médicos direcionados para servir toda a população da comunidade, com ênfase na medicina preventiva”¹⁰.

“Ramo da medicina voltado para a saúde total do indivíduo tanto no ambiente doméstico como na comunidade; com aplicação extensiva de cuidados de prevenção e tratamento na comunidade inteira”⁴.

Medicina Interna (*Internal Medicine*)

“O ramo da medicina que lida com diagnóstico e tratamento não cirúrgico de doenças e distúrbios que afetam a parte interna ou sistemas do corpo”⁶.

O mesmo que clínica médica (vide acima).

A origem da utilização do termo medicina interna é germânica (*Innere Medizin*)¹¹.

“Especialidade médica voltada para o diagnóstico e tratamento das doenças dos sistemas de órgãos internos dos adultos”⁴.

Programa Saúde da Família (PSF) / Estratégia Saúde da Família (ESF) (*Family Health Program*)

“O principal propósito do Programa Saúde da Família é reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida da população. A estratégia do PSF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de

forma integral e contínua. O atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio, pelos profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) que compõem as equipes de Saúde da Família. Assim, esses profissionais e a população acompanhada criam vínculos de corresponsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade⁴.

O quadro a seguir sistematiza os termos com a mesma base epistemológica.

Termos com Mesmo Significado e Base Epistemológica

Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde
Clínica geral, Medicina de Família e Medicina de Família e Comunidade
Clínica médica, medicina interna e medicina hospitalar

DISCUSSÃO

A própria literatura médica é confusa na definição de alguns termos. Além disso, existem alguns problemas de tradução, o que leva à criação ou à inadequação de alguns conceitos utilizados em português. Porém, a transformação histórica da forma de organizar os sistemas de saúde e da epistemologia das especialidades médicas é o maior obstáculo para uma definição adequada. Por exemplo, o que chamamos de “clínica médica” pode ser confundido com o “clínico geral” ou até com o “médico de família e comunidade”.

Estratégia Saúde da Família (ESF) / Programa Saúde da Família (PSF) / Atenção Primária à Saúde (APS) / Atenção Básica (AB)

Vale a pena discutir a confusão que se faz com os termos ligados diretamente à gestão, como Atenção Primária à Saúde (APS), Atenção Básica (AB) e Programa Saúde da Família (PSF). O PSF foi criado no final de 1993 e colocado em prática em 1994¹². Em 1998, tornou-se uma estratégia de estado¹³ para reorientação da Atenção Primária brasileira, o que foi consolidado em 2006 com a publicação da Política Nacional da Atenção Básica². Assim, deixou de ser um programa de governo e um pacote mínimo de ações para adotar um caráter mais flexível e inserido na rede de atenção do sistema de saúde. Portanto, o “PSF”, embora ainda adote esta marca, passou a ter caráter substitutivo e a ser oficialmente uma estratégia de estado (ou Estratégia Saúde da Família ou ESF). Atenção Básica (AB) é o termo correspondente à APS utilizado pelo governo brasileiro. Antes da criação da Coordenação da Atenção

Básica do Ministério da Saúde em 1999, depois alçada à condição de Departamento de Atenção Básica (2000), foi lançado o Siab (Sistema de Informação da Atenção Básica) em 1995¹⁴. Estas são as prováveis origens da utilização do termo “Básica” ao invés de “Primária”.

Medicina de Família e Comunidade (MFC) / Programa Saúde da Família (PSF) / Atenção Básica (AB)

A Medicina de Família e Comunidade (MFC) é muitas vezes confundida com PSF. Em sua definição, ambos envolvem o primeiro contato do paciente com o sistema de saúde e o atendimento integral. Porém, MFC é uma especialidade médica, e PSF/ESF uma estratégia de estado. Por outro lado, Atenção Primária (ou APS) pode ser entendida como um locus de atuação dentro do sistema de saúde. É possível, ainda, ser MFC no sistema privado ou em Unidades Básicas de Saúde chamadas “tradicionais”. Muitos MFCs, por terem uma visão global do sistema de saúde, também participam do processo de gestão no nível local ou central. Nem sempre a organização de um PSF/ESF aproveita toda a potencialidade do MFC. Por exemplo, o MFC pode estar preparado clinicamente para cumprir a função de primeiro contato e coordenador da saúde do paciente, pois foi capacitado para isso segundo os princípios da especialidade, mas pode ser pressionado pela gestão a se envolver em demasia em atividades coletivas ou estratégias populacionais.

Clínica médica / Medicina interna / Clínica geral / Medicina de Família e Comunidade / Medicina de Família

Analisando as resoluções da Comissão Nacional de Residência Médica⁹, é possível observar que a trajetória acadêmica do residente de clínica médica é essencialmente hospitalar e igual à do “internista” europeu e norte-americano. Ou seja, o nome clínica médica, embora lembre o do “clínico geral”, tem epistemologia bastante distinta deste. Embora a origem provável desse termo seja “medicina de dentro do paciente”, é também usado com o significado de “medicina praticada no hospital”. Desse modo, haveria uma distinção clara em relação ao “clínico geral” ou ao “médico de família e comunidade”, que devem atender a população sem distinção de sexo, idade ou órgão afetado. Recentemente, foi criada a Sociedade Brasileira de Medicina Hospitalar por meio de um movimento liderado por egressos da clínica médica (ou medicina interna), o que representa um resgate da origem epistemológica desta especialidade¹⁵.

Como os nomes são semelhantes e a clínica geral foi muito desvalorizada no Brasil na segunda metade do século passado, a população e muitos estudantes passaram a identificar

a clínica médica como a que mais se aproximava da clínica geral. Provavelmente, esta era a intenção quando o nome “clínica médica” foi adotado ao invés de “medicina interna”, já que os nomes não são ingênuos e carregam símbolos e significados. Porém, além de a clínica médica lidar com pacientes adultos e em ambiente hospitalar, a maior parte dos egressos faz alguma especialidade ainda mais focal, como cardiologia ou endocrinologia. Nos países com sistemas de saúde universais e Atenção Primária estruturada, como Inglaterra, Canadá e Holanda, dentre outros, a clínica médica não é considerada porta de entrada do sistema justamente porque o treino se dá em ambiente hospitalar com pacientes tendo passado por algum filtro.

No Brasil, a população que tem acesso ao sistema suplementar muitas vezes adota o cardiologista como “clínico geral”. A origem desta prática pode estar ligada ao menos a cinco fatores: (1) o caráter “geral” da residência de clínica médica, que é pré-requisito para cardiologia; (2) a desvalorização da clínica geral como especialidade no século XX (mesmo com o advento da Medicina de Família e Comunidade); (3) a alta prevalência de problemas cardiovasculares e a mortalidade por esta causa entre a população com maior poder aquisitivo e formadora de opinião em um país com sistema de saúde heterogêneo e com forte caráter comercial; (4) o aspecto “nobre” da cardiologia, pois, segundo a antropologia médica, as especialidades são hierarquizadas conforme a “nobreza” da parte do corpo que tratam¹⁶; (5) a crença de que “todos os especialistas são também clínicos gerais”, corroborada pela discussão eternizada no Brasil da “terminalidade” do curso de Medicina^{1,17}.

Isto é favorecido pela tradicional regra do Conselho Federal de Medicina de permitir que cada médico registre até duas especialidades¹⁸, o que seria impensável em países com sistemas de saúde públicos universais e equânimes, como em grande parte da Europa Ocidental e Canadá. Desta forma, no Brasil é possível ser registrado como endocrinologista e neurocirurgião, ou como reumatologista e cirurgião plástico. Porém, o que está por trás desta regra é a tradição de todos os médicos brasileiros serem “clínicos gerais e também especialistas”.

Assim, nem a categoria médica nem a população brasileira absorveram a ideia da clínica geral como especialidade. Este fato tem na essência pelo menos duas causas. A primeira, de ordem técnica, é que, até recentemente, havia o entendimento de que a “terminalidade” da graduação em Medicina objetivava a formação do “clínico geral”, visão superada pelos países europeus desde a década de 1970 e formalizada em 1992 quando da constituição da União Europeia (UE), que obrigou todos os médicos a cursarem uma residência de no mínimo

três anos para poderem ter trânsito e exercerem a profissão nos países que constituem a UE¹⁹. Em congressos portugueses de clínica geral, frequentemente é relatada a metáfora de que a graduação deve formar uma célula-tronco que precisa ser diferenciada na residência para ter uma atuação adequada. No Brasil, esta diferenciação pode ser a pediatria, a clínica médica (medicina interna em outros países), a Medicina de Família e Comunidade (clínica geral em outros países) ou qualquer uma das mais de 50 especialidades reconhecidas pela Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina e Comissão Nacional de Residência Médica no âmbito da Comissão Mista de Especialidades.

Um segundo motivo tem relação com o aspecto econômico da atividade médica. As especialidades focais, ou seja, restritas a determinada faixa etária, sexo, sistema orgânico afetado ou diagnóstico etiológico — como pediatria, clínica médica, ginecologia, cardiologia ou infectologia —, sempre tiveram as áreas clínicas verdadeiramente gerais (intensivismo, emergências e clínica geral) como “opção de atuação” e ao longo da vida profissional estas áreas foram utilizadas como “reserva de mercado” das especialidades focais. Como já foi estudado, apenas uma pequena parte da população que procura cuidados médicos necessita de especialistas focais^{20,21}. Portanto, é importante que haja melhor regulação das necessidades de especialidades de acordo com as necessidades da população, como fazem os países com sistema de saúde público de cobertura universal e Atenção Primária forte, como o Canadá²². Estes países entendem que, exatamente por causa da demanda por áreas gerais, estas devem ser protegidas e exigem treinos muito específicos, como qualquer outra especialidade. Os profissionais devem, portanto, lidar durante a residência exatamente com a população que irão atender. O mito superado de que quem treina em ambiente de alta densidade tecnológica sabe lidar melhor com ambientes de baixa densidade é uma das razões da limitação do sistema de saúde brasileiro, tanto público quanto privado.

A Medicina de Família e Comunidade teve as primeiras residências na década de 1970. Um dos primeiros programas foi o do Hospital Nossa Senhora da Conceição, hoje Grupo Hospitalar Conceição, e, antes de ser regulamentada pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), tinha o nome de “medicina geral”. Em 1981, todas as experiências nesta área foram reconhecidas pela CNRM como Medicina Geral Comunitária. Na unificação das especialidades pela CNRM, Conselho Federal de Medicina (CFM) e Associação Médica Brasileira (AMB) em 2002, o nome mudou para Medicina de Família e Comunidade⁹, uma opção dos próprios médicos gerais comunitários da época.

Esta alteração de terminologia foi muito prejudicial a esta especialidade, pois dificultou o diálogo com a população. Em nenhuma das escolhas dos nomes a população foi consultada, embora já estivesse habituada com o termo “clínica geral”. Este processo ocorreu em outros países, que obtiveram sucesso na introjeção do nome em grande parte graças ao empenho dos governos, já que os sistemas de saúde na Europa Ocidental e Canadá são majoritariamente públicos. A diferenciação do novo nome da clínica geral teve o objetivo de distinguir o profissional que fez residência ou obteve certificação reconhecida do que fez apenas graduação em Medicina.

Desta forma, em Portugal, o termo adotado foi medicina geral e familiar (mesmo assim mantiveram o nome da associação científica — Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral —, e em muitos documentos foi mantida a grafia “medicina geral e familiar/clínica geral”, para evitar a falsa compreensão de que se trata de campos distintos); no Canadá, medicina de família (*family medicine*); na Espanha, Medicina de Família e Comunidade (*medicina de familia y comunidad*); na Holanda, médico de casa (*huisarts*), e assim por diante.

Ou seja, os nomes são diferentes para uma mesma epistemologia e treinos muito semelhantes. Em geral, estes termos são inadequados e não exprimem a prática, ou seja, profissionais que cuidam das pessoas na sua integralidade, de forma longitudinal e coordenada, sem distinção de sexo, faixa etária ou órgão afetado. O termo que provavelmente melhor reflete a epistemologia desta área de atuação é “clínica geral” ou “medicina geral”, pois esse profissional é de fato “geral”, e o foco principal é a pessoa, e não a doença nem a família ou a comunidade. Um dos únicos países que o manteve foi a Inglaterra, onde o *general practitioner* de hoje é o que fez residência médica (correspondente no Brasil à Medicina de Família e Comunidade), e, desta forma, a transição pôde ocorrer sem traumas para a população e o sistema de saúde como um todo. Se houvesse necessidade de mudança para diferenciar o médico que não fez residência, a melhor alternativa de termo do mesmo campo epistemológico seria “medicina de família”. “Medicina de Família e Comunidade”, embora pretenda ser completo, é o que exige extensa informação complementar do seu significado e, para isso, com frequência, é preciso recorrer exatamente aos termos mais diretos, como “clínica geral” e “medicina de família”, além da explicação de que “clínica médica” é o mesmo que “medicina interna”.

No Brasil, grande parte dos médicos de família e comunidade rejeita o termo clínica geral, pois alega se tratar de campos diversos. Para eles, o médico de família e comunidade teria adquirido novas habilidades, como trabalho em equipe, além de abordagem comunitária e familiar. Não faz sentido

tal alegação, pois, além de as supostas habilidades adquiridas não serem “novas”, todas as áreas de conhecimento evoluem naturalmente. Assim como a cardiologia praticada há 70 anos não exigia residência médica e usava outro arsenal terapêutico, o mesmo se passou com a clínica geral, que adquiriu novas habilidades e, por alguns motivos, principalmente por ter passado de uma área geral, comum a todos os médicos, a uma área especializada, sentiu a necessidade de mudar de nome na maioria dos países. Esta mudança foi especialmente prejudicial no Brasil porque não foi acompanhada de uma política pública consistente de afirmação da necessidade deste profissional na porta de entrada do sistema, principalmente nas décadas de 1980 e 1990.

Como símbolo da unidade epistemológica da clínica geral e da Medicina de Família e Comunidade, a Wonca é a entidade que agrega mundialmente este delimitado campo do conhecimento. Sua sigla significa World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (Organização Mundial dos Colégios Nacionais, Academias e Associações Acadêmicas de Clínicos Gerais/Médicos de Família). A Medicina Comunitária, como suposto campo de conhecimento definido, foi um dos fatores que mais interferiram na rejeição do termo “geral” e tem origem na grande influência da medicina preventiva e da saúde coletiva destacadas da clínica individual, mesmo a moderna e não focada na doença, muitas vezes desprezada na história da Atenção Primária brasileira. A Medicina Comunitária, por se aproximar de outras áreas mais estabelecidas, como saúde pública e saúde coletiva, que não foram focos deste estudo, e por não ter um campo profissional próprio, acabou arrefecendo como especialidade na maioria dos países.

CONCLUSÃO

Este trabalho não objetivou esgotar as definições dos termos relacionados à Atenção Primária à Saúde. Ao contrário, mostrou ser importante uma discussão aprofundada do tema, pois ela contribuirá para a melhoria do ensino, da gestão e da prática médica. Para uma organização dos sistemas de forma hierarquizada e com qualidade, como é desejável para se atingir a universalidade e a equidade, é necessário voltar os olhos para o significado epistemológico dos termos. Assim, a divisão das tarefas pode ocorrer de forma adequada, e os interesses distribuídos em benefício de um sistema justo.

Talvez a Atenção Primária brasileira e o importante diálogo entre as políticas públicas com a experiência prévia da população tivessem avançado mais se a clínica geral tivesse mantido este termo quando se tornou especialidade e mudou para Medicina Geral Comunitária e depois para Medicina de

Família e Comunidade. Uma das lições que ficam é que a população também tem que ser envolvida na terminologia a ser adotada para áreas-chave da saúde pública.

REFERÊNCIAS

1. Bevilacqua F, coord. Seminário Sobre a “Formação do Médico Generalista”. Rev Bras Educ Med. 1978;(Supl.1).
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: MS; 2006.
3. Starfield, B. Is Primary Care essential? Lancet. 1994;344: 1129-33.
4. Biblioteca Virtual em Saúde. Descritores em Ciências da Saúde[homepage]. [acesso em 16 maio 2011]. Disponível em: <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>.
5. WHO/ UNICEF 1978. Primary Health Care – Report of the International Conference on PHC, Alma Ata, USSR, 6-12 Sep. 1978. WHO, Geneva. Health for All Series n° 1 (inclui a Declaration of Alma Ata)
6. Churchill’s Illustrated Medical Dictionary. 1st ed. New York: Harcourt Publishers Ltd, 1989.
7. Bentzen N, ed. WONCA Dictionary of general/family practice. Copenhagen: Maanedskift Lager; 2003.
8. Dorland WAN. Dorland’s Illustrated Medical Dictionary. 28th ed. Philadelphia: W. B. Saunders Co; 1994.
9. Comissão Nacional de Residência Médica. Resolução CNRM n° 05/2002. Diário Oficial da União. Brasília, 23 de dezembro de 2003, Seção 1.
10. Taber CW, Venes D, Thomas CL, ed. Dicionário Médico Enciclopédico. São Paulo: Manole; 2000.
11. Bean WB. Origin of the term ‘Internal Medicine. The New England Journal of Medicine. 1982;306 (3):182-3.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família: saúde dentro de casa. Brasília: MS; 1994.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família, uma estratégia de Organização dos Serviços de Saúde. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde/ Departamento de Assistência e Promoção da Saúde/ Coordenação de Saúde da Comunidade; 1996.
14. Sousa MF. A Coragem do PSF. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2003.
15. Sociedade Brasileira de Medicina Hospitalar [acesso em 2011 Maio 16]. Disponível em: <http://www.sobramh.com.br/home.php>
16. Helman C G. Culture, Health and Illness. 4th ed. New York: Oxford University Press; 2001.
17. Stella RCR, Goldenberg P, Gomes MHA, Goihman S. Graduação médica e especialização: uma incompatibilidade aparente. Rev Assoc Med Bras. 1997;43(4):290-4.
18. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM n° 1845/2008, Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM n° 1.785/2006, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Brasília, Diário Oficial da União, 15 Jul. 2008, Seção I, p. 72.
19. Starfield B. Atenção Primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: MS; 2002
20. White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. N Engl J Med. 1961;265:885-92
21. Green LA, Fryer GE, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The Ecology of Medical Care Revisited. New England J Med. 2001;2634:2021-5
22. Canadian Resident Matching Service [acesso em 2011 Maio 16]. Disponível em: <https://w1c.e-carms.ca/pdws/jsp/pd.do?p=p1&m=1>

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Todos os autores participaram na concepção e desenho do estudo e da análise e interpretação dos dados assim como da redação do texto.

CONFLITO DE INTERESSES

Declarou não haver.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Gustavo Diniz Ferreira Gusso
Av. Lineu Prestes, 2565
Cidade Universitária — São Paulo
CEP 05508-000 — SP
E-mail: gustavo.gusso@usp.br