

Princípios da Medicina de Família: quatro pilares que definem sua identidade

Family Medicine's ground principles: four pillars for defining its identity

Principios de la Medicina de Familia: cuatro pilares para definir su identidad

*Marco Aurelio Janaudis**

RESUMO: A conceituação que McWhinney faz da Medicina de Família parte de uma perspectiva histórica que remonta aos finais do século XIX e início do XX. A reforma do ensino médico trouxe benefícios inegáveis de qualidade. E com eles vieram, como tributo necessário, algumas perdas. A fragmentação do saber médico acarretou a consequente fragmentação da relação médico-paciente. Existe um estreito relacionamento, na abordagem proposta pela Medicina de Família, entre a atuação junto ao paciente e junto ao aluno que está sendo formado. Temos assim as componentes básicas, tanto do corpo de conhecimentos teóricos e metodológicos, como da prática da Medicina de Família. Por um lado, Atenção Primária à saúde, o que implica conhecer o paciente individualmente, além da comunidade onde se estará inserido. Por outro, duas componentes que derivam do caráter reflexivo sempre presente na prática da Medicina de Família: a educação médica e a vertente humanista. O humanismo na Medicina de Família constitui auxílio que facilita a reflexão profissional. O perfil peculiar que esse tripé confere à Medicina de Família faz com que alguns pesquisadores apontem uma quarta característica: a formação de lideranças. O Médico de Família é um formador de lideranças, um criador de opinião, e sempre um interlocutor para o paciente e para o aluno. Os quatro pilares são ao mesmo tempo apoio e norte de ação, bases teóricas que garantem a identidade de valores e estratégias de atuação. A análise de cada um desses pilares merece atenção especial, para entendermos melhor o perfil desse profissional.

PALAVRAS-CHAVE: Medicina de Família – princípios. Atenção primária.

ABSTRACT: McWhinney definition of Family Medicine is part of a historical perspective that goes back to the end of the Nineteenth century and the beginning of the Twentieth century. The reform of medical teaching brought undeniable benefits as regards quality. And with them some losses happened as well, as a necessary tribute. The fragmentation of medical knowledge brought the consequent fragmentation of the relationship patient-doctor. There is a close relationship, in the approach proposed by Family Medicine, between the work with patients and pupils being trained. We have thus the basic components both of the body of theoretical and methodological knowledge and of the practice of Family Medicine. On the one hand, Primary Attention to health, which implies to know patients individually, and also the community they are in. On the other, two components that come from the reflexive character in the practice of Family Medicine: medical education and the humanist attitude. The humanism in Family Medicine is a tool for facilitating professional reflection. The peculiar profile these three pillars confer to Family Medicine makes some investigators point to a fourth characteristic: education for leadership. Family doctors are leaders' coaches, opinion makers, and always interlocutors for patients and students. The four pillars are at the same time a support and an action guide, theoretical bases that guarantee the identity of values and strategies for acting. The analysis of each one of these pillars deserves special attention for us to better understand this professional profile.

KEYWORDS: Family Medicine – ground principles.

RESUMEN: La definición de McWhinney de la Medicina de Familia es parte de una perspectiva histórica que comienza al final del siglo diecinueve y el principio del siglo veinte. La reforma de la enseñanza médica trajo ventajas indiscutibles en cuanto a la calidad. Y con ello algunas pérdidas, como un tributo necesario. La fragmentación del conocimiento médico trajo la fragmentación de la relación doctor-paciente. Hay una relación cercana, en el acercamiento propuesto por la Medicina de Familia, entre el trabajo con pacientes y alumnos entrenados. Tenemos así los componentes básicos del cuerpo del conocimiento teórico y metodológico y de la práctica de la Medicina de Familia. Por una parte, Atención Primaria a la salud, que implica conocer a los pacientes individualmente, y también la comunidad en la que ellos están. Por otra parte, dos componentes que vienen del carácter reflexivo de la práctica de la Medicina de Familia: educación médica y actitud humanista. El humanismo en la Medicina de Familia es un instrumento para facilitar la reflexión profesional. El perfil peculiar que estos tres pilares confieren a la Medicina de Familia hace investigadores indicaren una cuarta característica: educación para el liderazgo. Los médicos de familia son entrenadores de líderes, creadores de opinión, y siempre interlocutores para pacientes y estudiantes. Los cuatro pilares son al mismo tiempo un apoyo y una guía de acción, bases teóricas que garantizan la identidad de valores y estrategias para la interpretación. El análisis de cada uno de estos pilares merece atención especial de nosotros como para entender mejor este perfil profesional.

PALABRAS-LLAVE: Medicina de Família – princípios.

* Secretário Geral da SOBRAMFA – Sociedade Brasileira de Medicina de Família. Professor de Medicina da Faculdade de Medicina de Jundiaí. Doutorando da Faculdade de Medicina USP. E-mail: marcojanaudis@sobramfa.com.br

Seu sentido da Medicina era mais cordial, mais humano que o nosso. Ainda persistia neles o velho médico de família. Talvez não sabiam mais do que os que vieram depois, mas certamente foram melhores, e mais sábios até. Porque esquecemos que a sabedoria não é apenas conhecer as coisas, mas amá-las.

Gregório Marañón

Um olhar histórico

A obra de McWhinney¹ é referência obrigatória quando se trata de sistematizar e definir o corpo próprio de conhecimentos – princípios, metodologia, pesquisa e objetivos – da Medicina de Família como ciência médica da atualidade. O autor adverte, no prefácio desta obra, que existem basicamente dois tipos de tratados: de um lado, há os que se propõem compilar os conhecimentos existentes num determinado campo do saber médico; do outro, existem aqueles, entre os quais inclui o seu, cujo objetivo é primordialmente definir e conceituar os modos dessa ciência. É, pois, uma obra de conceitos e definição de fronteiras, passo imprescindível quando se pretende estabelecer uma ciência como tal, com conteúdo e metodologia próprios.

A conceituação que McWhinney faz da Medicina de Família parte de uma perspectiva histórica que remonta a finais do século XIX e início do XX. Eram momentos em que a educação dos médicos norte-americanos distava muito do ideal de qualidade, por não acompanhar na prática o progresso real das ciências afins. Os fundadores da escola médica John Hopkins (1889) – William Osler, Halsted, Hurd, Welch, Kelly – perseguiram um objetivo claro: estabelecer a formação acadêmica dos

médicos em bases científicas. Com esse novo modelo de excelência e inspirado também nas Faculdades de Medicina da Alemanha, Flexner elabora o seu informe (1910), que será ponto de partida de uma revolução na reforma da educação médica. As faculdades de Medicina serão, deste ponto em diante, regidas por cientistas e pesquisadores, profundos conhecedores do campo de pesquisa em que estavam especializados. Era o início da era da especialização no ensino médico, na tentativa – bem sucedida – de garantir a qualidade dos futuros médicos. O médico generalista tinha seus dias contados na Academia.

A reforma do ensino médico trouxe benefícios inegáveis de qualidade. E com eles vieram, como tributo necessário, algumas perdas. A fragmentação do saber médico, instalada como recurso de progresso científico na própria academia acarretou a consequente fragmentação da relação médico-paciente: dependendo da doença que acometesse o paciente, seria um ou outro médico quem cuidaria dele. Dividia-se a Ciência Médica, para melhor conhecê-la, dominá-la e ensiná-la; e nessa divisão o paciente foi naturalmente atingido. O próprio Flexner² reconhecia que, dentro do muito que se tinha ganhado com a reforma, estava começando a perder-se algo importante que possuíam os fundadores deste movimento de qualidade no ensino médico – Osler, Janeway, Halsted: o sentido de integração do paciente e da doença, verdadeira arte médica, algo que não se conseguiria facilmente substituir.

A partir da década de 60, as atuações em saúde começaram a ser classificadas de acordo com o caráter dos serviços prestados. Assim, num nível denominado primário, estava incluída a atenção médica, pessoal e continuada, constituindo porta natural de entrada para o

atendimento médico, independente da moléstia que acometesse o paciente. O nível secundário incluía a atenção prestada pelos especialistas, de acordo com a doença concreta de cada paciente. Finalmente, o nível de atenção terciária compreendia serviços altamente especializados e procedimentos hospitalares. Essa classificação, sem trazer nenhuma novidade substancial de conceitos, contribuía com uma perspectiva lógica no cuidado do paciente e na divisão de papéis e funções dos médicos.

Esta nova ótica de atenção à saúde é enfatizada por McWhinney na sua perspectiva histórica, fazendo notar que com o aumento de doentes crônicos, o médico é obrigado a acompanhar o paciente durante um período biográfico maior, ajudando-o a adaptar-se a sua nova situação. Sem deixarem de existir questões pontuais no atendimento médico, representadas por afecções específicas que requerem um conhecimento especializado, o paciente no seu percurso de vida é exposto a doenças comuns e com caráter crônico, as chamadas doenças mais prevalentes na população. São pacientes que deverão ser cuidados por longo tempo, representam um número elevado dentro da população geral, beneficiar-se-ão das medidas de prevenção e educação em saúde e, provavelmente, outras moléstias lhes afetarão durante esse período, requerendo também cuidados. Nesse contexto, é fácil deduzir a necessidade que o médico tem de conhecer e entender bem o paciente, assim como o meio que o circunda, para poder cuidar dele com competência. Esse é o núcleo conceptual da Atenção Primária que o autor considera elemento essencial na definição da Medicina de Família.

Temos assim a Atenção Primária como a natural porta de entrada para a saúde, o primeiro contato do

qual deve se esperar competência e resolução dos problemas que se lhe apresentam. É tarefa das políticas de saúde preparar o cenário profissional para aqueles que terão como missão providenciar a Atenção Primária em Saúde, incluindo as condições de trabalho e a gestão financeira. É responsabilidade das instituições de ensino a formação desses profissionais. No caso que nos ocupa, a formação do médico adequado para providenciar essa assistência é missão da Universidade.

Formar o médico adequado, competente, atualizado, com bagagem científica e postura profissional para protagonizar a atuação em Atenção Primária é o desafio que o final do século XX coloca às instituições universitárias.

Pacientes à procura de um médico pessoal

As histórias que um médico de família tem a oportunidade de viver diariamente são muitas e constituem a melhor explicação para a sua profissão. Os pacientes logo entendem o que é Medicina de Família; e quando ela existe e funciona a procuram sem hesitar. Mas a cultura de especialidades que se encontra instalada na assistência à saúde – pública e privada – atinge o próprio paciente que desconfia de uma novidade que lhe lembra tempos antigos e se pergunta se “isso – o médico de família – ainda existe”. É como ter medo de acreditar em algo que, sendo bom, tememos constatar tratar-se de uma miragem. As histórias vêm dos pacientes e dos próprios médicos de família, que as incorporam para explicar, com exemplos, a sua função. É de justiça relatar o modo como um velho professor se definia a si mesmo: “Sou – afirmava – o médico de passar mal”. E esclarecia: “Quando as pessoas têm dor de cabeça, pro-

curam o neurologista. Quando têm dor nas costas, vão atrás do ortopedista e alguns do reumatologista. Quando o assunto é dor no peito, pontadas, batedeiras, toca procurar o Cardiologista, quem sabe até o pneumologista. Mas quando as pessoas “passam mal”, acabam me procurando diretamente. Acho que sou o médico de passar mal.”

Diante de tamanha clareza, a memória deita mão de outras histórias, que, por similaridade, agregam transparência no tema que nos ocupa. A figura do mecânico – o homem de toda confiança que cuida do carro, seja qual for o problema que apresenta – impõe-se também como modelo. Não é necessário diagnosticar previamente qual é o defeito que o carro tem, apenas os sintomas. E o mecânico, se competente, encarregar-se-á de dar o diagnóstico e providenciar a solução adequada. Igual acontece com a Medicina de Família: as pessoas têm um problema e em vez de tentar adivinhar o que tem, e acertar o especialista adequado – coisa que raramente acontece – nos procuram e nós diagnosticamos, resolvemos, ordenamos a confusão que a doença causa e até podemos chamar um especialista quando for o caso. Trata-se de acertar o médico, não a doença. Lidar com a doença é competência do médico, não do paciente.

É preciso reinstalar a cultura do médico de família, com credibilidade. Não é difícil, mas requer competência, dedicação, compromisso com um ideal que se resume em “saber cuidar, querer cuidar” dos outros. Estar do lado de quem sofre, esforçar-se por entendê-lo, dar respostas às dúvidas do paciente, ampará-lo nos seus medos. Esse médico que cuida é o médico de família. E cuida sempre, sem importar-se com a doença que afeta ao paciente. Cuida porque conhece o paciente e é conhecido dele. Cuida

a todo o momento, está junto do paciente onde quer que o paciente esteja: no seu consultório, na casa do enfermo, no hospital onde porventura o doente tem de ser internado. E está do lado com consciência de missão, procurando resolver, atento às expectativas do paciente e da família. “Quem tem muitos médicos acaba não tendo nenhum” – diz um ditado popular. E é verdade. “Quanto mais médico, pior – dizia outra paciente, velha conhecida – a gente não sabe o que acontece e acaba tomando um monte de remédio, fazendo muito exame. Olha, doutor, muito médico com o paciente é como muita mulher numa cozinha: só dá confusão e nunca sai o almoço”.

A identidade do Médico de Família

Esta flexibilidade de atuação do médico de família desdobra-se em importantes consequências e serve para esclarecer alguns aspectos nem sempre bem compreendidos da sua função. Pretender definir o espectro de atuação do médico de família, sem levar em conta a comunidade – afinal composta de pacientes individuais – na qual atua, é imprudente e provavelmente impreciso. O papel do médico de família corre paralelo com as necessidades de atenção primária da comunidade, com os recursos médicos disponíveis e com a própria cultura dessa comunidade. Comunidades diferentes – do ponto de vista social, econômico, cultural – requererão atenção diferente. Se em algumas é função do médico de família assistir a todos os indivíduos em atenção primária, incluída a atenção à saúde da mulher, pré-natal, obstétrica e pediátrica, em outras, sua função será primordialmente clínica, generalista, voltada para a medicina interna. O que delimita seu campo de atua-

ção são os recursos existentes no local da comunidade e, também, a cultura desta comunidade. De nada adiantaria impor à comunidade uma tarefa a ser desempenhada pelo médico de família – por exemplo, assistência ginecológico-obstétrica –, quando a cultura existente nessa comunidade solicita, para essas funções, outro profissional.

A outra conclusão é uma advertência, corroborada pelos estudos do tema: mais útil do que se perder em discussões semânticas tentando definir o que o médico de família faz, é delinear, uma vez e outra mediante a reflexão que acompanha sua atuação, como o faz, qual é o seu estilo, e se adota em todo o momento uma postura que privilegia o relacionamento com o paciente. O seu compromisso profissional é com a pessoa, não com uma técnica determinada, ou com um procedimento, ou grupo de doenças, ou mesmo com os domínios de um conhecimento específico. Isso evita equívocos que podem degenerar em susceptibilidades com outras disciplinas médicas³.

Em editorial⁴ de recente publicação, mostra-se como deve ser, na prática, a postura de um generalista, em versão acadêmica, de um médico de família. As necessidades de cuidado que um paciente apresenta, especialmente os pacientes crônicos com frequentes comorbidades, requerem um profissional que o aborde com perspectiva ampla e que adote como metodologia do cuidar uma visão mais abrangente. Nessa nova perspectiva, o médico deve decidir as opções melhores de ação clínica para o paciente, tendo ao mesmo tempo a necessária sensibilidade para coordenar as prioridades dos diferentes problemas de saúde que o paciente apresenta com as prioridades vindas dos valores e sentimentos do paciente. Deve também reconhe-

cer que é do próprio paciente e da família de onde lhe chegam muitas vezes as melhores sugestões para cuidar de um paciente crônico, atendendo ao controle dos sintomas, da qualidade de vida e da dignidade. O paciente, a família e consequentemente o entorno social e comunitário são, desse modo, colaboradores do médico, que tem de aprender a falar a linguagem deles e a dialogar na procura solidária das melhores soluções. O médico de família assume um papel central e integrador, para coordenar todos os esforços de ajuda ao paciente. Convertido num verdadeiro gestor de saúde, torna-se um colaborador, em primeiro lugar, do paciente para administrar a doença e as limitações e, depois, trabalha em parceria com os especialistas e os outros profissionais de saúde para questões específicas.

A formação do Médico de Família: a resposta acadêmica

A resposta acadêmica para a formação dos médicos generalistas tem variado nos anos subsequentes à Conferência Internacional sobre Atenção Primária⁵. Enquanto em alguns países as recomendações da Conferência vieram ao encontro do já iminente crescimento de especialidades voltadas para a atenção primária, como é o caso da Medicina de Família, em outros a demanda de profissionais com este perfil desejado ficou desatendida. A explicação mais lógica para este último caso é o de que as Escolas e Faculdades de Medicina continuaram focadas na formação de especialistas por estarem alicerçadas no paradigma educacional, em que a qualidade do médico está tradicionalmente atrelada ao seu preparo como especialista.

Criar um novo modelo de médico, com capacidade para resolver

com competência 90% dos problemas surgidos na atenção primária, com habilidades de prevenção em saúde, capaz de cuidar de todos os indivíduos independentemente do sexo, idade, condição social e da patologia que lhes afete, em atenção continuada, abrangente, coordenando as componentes biopsicossociais, integrando cada indivíduo no contexto da sua família e comunidade, sendo ao mesmo tempo um educador em saúde, requer uma verdadeira mudança de paradigma educacional no ambiente acadêmico. Tornar-se-ia preciso instalar na Universidade um novo cenário de aprendizado, com o reconhecimento e o prestígio que lhe é devido, para promover a formação de médicos generalistas possuidores dessas competências. Esse seria o caminho possível para facilitar uma resposta positiva das instituições formadoras.

Essa é, justamente, a missão da Medicina de Família como disciplina acadêmica, e a Organização Mundial dos Médicos de Família (WONCA) sente-se chamada a colaborar. A partir de 1980, inicia-se uma estreita colaboração entre a WONCA e a Organização Mundial da Saúde (OMS), que culmina numa reunião histórica em 1994, Ontário, Canadá, com a elaboração de um documento conjunto voltado para tornar a prática e a Educação Médica mais relevante para as necessidades das pessoas e a possível contribuição do médico de família⁶. Esse documento enfatiza a necessidade de implantar a Medicina de Família como disciplina acadêmica nas faculdades de Medicina. Seria função desta disciplina promover um equilíbrio entre generalistas e especialistas, constituindo-se também em recurso de educação médica continuada para que os estudantes, futuros médicos, aprendessem a responder às necessidades

das pessoas ao nível individual, da comunidade e da nação. De modo explícito enfatiza-se nesse documento “a importância da relação pessoal íntima entre o médico e o doente, já que em muitos casos o diagnóstico e tratamento dependem diretamente dessa relação, e a incapacidade para construí-la resulta em ineficácia”. A importância da dimensão humana na formação do médico é, pois, um consenso universal, com peculiar importância na Atenção Primária à Saúde, contexto próprio da Medicina de Família.

Surge desse modo a figura do médico de família como um dos atores principais da proposta “Saúde para Todos” colocada pela OMS há 25 anos. Reconhece-se no cenário mundial o papel principal que o médico de família deve desempenhar na Atenção Primária à Saúde para garantir qualidade, eficiência, administração de custos, e a desejada proporção que um Sistema de Saúde deve possuir para ser eficaz. Aponta-se também que, para conseguir esses objetivos, esse profissional deve possuir alta competência para cuidar dos pacientes e saber integrar com perfeição os cuidados individuais com os coletivos. Cuidar da pessoa, para poder cuidar da família e da comunidade.

A Medicina de Família requer, como elemento indispensável, que o médico conheça o paciente e o seu meio, para poder cuidar dele nas afecções comuns de saúde. Note-se que comum não é equivalente a “sem importância”. Comum refere-se à ordem de frequência do fenômeno e não à gravidade deste. O equívoco terminológico costuma proceder do raciocínio inverso que, esse sim, é verdadeiro: os eventos graves, não são ordinariamente comuns, até por motivos de preservação da espécie.

Num trabalho extraordinariamente sugestivo⁷, a começar pelo

título, “Novos Oslerianos e Flexnerianos Reais”, os autores analisam o perfil de médico que as faculdades de medicina devem preparar para o século XXI. Levantam a questão, já debatida aqui, da despersonalização da medicina e do progresso científico, com a variável do mercado de trabalho real com que os futuros médicos deverão se deparar. Sugerem que as faculdades de Medicina criem condições para formar o aluno conforme um modelo médico que inclua em moderno sinergismo, o estilo osleriano e um flexnerianismo realista, preparando o profissional para o século XXI. O novo oslerianismo implicaria o ensino simultâneo da ética e da clínica, junto do paciente, numa decisão única. Os traços de um flexnerianismo real são representados pela necessidade de uma metodologia elaborada e de um preparo científico adequado, o que longe de opor-se ao modelo osleriano o complementa. Propõem, por tanto, a elaboração de um curriculum articulado com base em oslerianismo e flexnerianismo, em moldes modernos, unindo cooperativamente arte e ciência; e chamam a atenção para os valores que a educação deveria promover, fomentar e auxiliar para firmar os conceitos. Nesse processo, a contribuição de outros estudiosos – filósofos, antropólogos, humanistas em geral – surge como uma pareceria moderna necessária. Esse ponto é de vital importância para entender a componente propriamente humanista que a Medicina de Família incorpora na sua metodologia.

A Medicina de Família vem sendo delineada como especialidade há quase 40 anos em muitos países. A incorporação acadêmica nas Universidades tem variado de um país para outro e, mesmo dentro de um país determinado, a implantação de Departamentos nas

Escolas Médicas também é sujeita a variações. Apesar da variedade, duas conclusões são claras. Primeiramente, a credibilidade da Medicina de Família como especialidade é diretamente proporcional à sua incorporação acadêmica. A instalação universitária torna transparentes os valores dessa especialidade conferindo-lhe a credibilidade devida e permitindo a prática – clínica e educacional – dos novos paradigmas que propõe. Em segundo lugar, o impacto da Medicina de Família quando incorporado num Sistema de Saúde faz diferença nos resultados da Atenção Primária à Saúde⁸.

A afirmação da identidade da Medicina de Família como especialidade passa necessariamente pela sua progressiva inserção universitária como disciplina acadêmica. É deste modo, com atuação própria nos currículos de graduação e pós-graduação do curso médico, que se torna possível primeiramente vocacionar os estudantes, futuros médicos, para esta opção profissional. Uma vocação que desperta ao contato com modelos reais, com médicos de família que possuam respeitabilidade acadêmica, e que ensinam praticando Atenção Primária com resolutividade e competência. É óbvia a dificuldade que entranha pretender recrutar profissionais para uma especialidade ausente na escola médica. Em segundo lugar, a instalação acadêmica chamará a si as lideranças emergentes presentes nos estudantes, conquistando prestígio entre os próprios acadêmicos. Finalmente, quando possuidora de um lugar próprio na academia, a Medicina de Família exercerá o importante papel da Educação Continuada de todos os que atuam na Atenção Primária, garantindo a qualidade dos profissionais e avaliando os processos de certificação.

A atuação prática: os quatro pilares

Existe um estreito relacionamento, na abordagem proposta pela Medicina de Família, entre a atuação junto ao paciente e junto ao aluno que está sendo formado. De volta aos relatos históricos, um autor⁹ remonta-se a 1962, quando os Médicos Generalistas no Canadá iniciaram seu envolvimento com a educação médica, surgindo daqui a semente para o nascimento formal da Medicina de Família. Anota nesta reflexão histórica que o papel do médico de família não é transitar, sem objetivo fixo, de um campo da medicina para outro, mas ser de verdade um homem de ciência que saiba aplicar a arte da moderna medicina. A pergunta que se formula diz respeito ao processo de educação: Como formar esse médico? E, reconhecendo não ser simples, é de todo ponto de vista evidente que é preciso construir um profissional moderno, atualizado, que atenda às expectativas da população e que esteja atento – sendo um líder – ao processo de educação continuada. Essa questão educacional tem estado inevitavelmente presente no desenvolvimento da Medicina de Família. Surge assim uma outra dimensão essencial na prática da Medicina de Família, instalada no contexto acadêmico: a dimensão educacional, o pensar no processo de educação médica. O médico de família é, sempre, um educador.

Aparecem, assim, com nitidez as componentes básicas, tanto do corpo de conhecimentos teóricos e metodológicos, como da prática da Medicina de Família. Por um lado, Atenção Primária à saúde, o que implica conhecer o paciente individualmente, além da comunidade onde se estará inserido para atuar com eficácia. Por outro, duas componentes que derivam do caráter reflexivo sempre presente

na prática da Medicina de Família, talvez uma das disciplinas médicas com maior perfil autoreflexivo, na opinião de McWhinney¹. Estas são: a educação médica e a vertente humanista. O humanismo na Medicina de Família, muito próximo do que um autor caracteriza em William Osler como “exercício filosófico da profissão”¹⁰, constitui assim auxílio que facilita a reflexão profissional primeiramente, sendo também um recurso imprescindível no processo de educação médica, também hábitat natural do Médico de Família.

O perfil peculiar que esse tripe confere à Medicina de Família, faz com que alguns pesquisadores apontem uma quarta característica que decorre naturalmente dentro deste conjunto bem definido: a formação de lideranças¹¹. O Médico de Família é um formador de lideranças, um criador de opinião, e sempre um interlocutor eficaz para o paciente e para o aluno que procuram ajuda.

Os quatro pilares – Atenção Primária, Educação Médica, Humanismo e Formação de Lideranças – são ao mesmo tempo apoio e norte de ação, bases teóricas que garantem a identidade de valores e estratégias de atuação. São, simultaneamente, o combustível e a engrenagem que fazem funcionar o que foi denominado, com expressão feliz, de idealismo prático da Medicina de Família¹². A análise de cada um desses quatro pilares merece uma atenção especial, para entendermos melhor o perfil desse profissional que tem sua razão de ser num verdadeiro compromisso existencial. As palavras de um dos diretores da *American Academy of Family Physicians* ilustram este compromisso: “Somos a interseção entre a cura e o cuidado, entre a tecnologia e a confiança, entre as forças econômicas e a igualdade social”¹³.

O 1º Pilar: Atenção Primária e Medicina Centrada no Paciente

Atuar em Atenção Primária implica conhecer o que é comum, estar familiarizado com as doenças prevalentes, permitindo resolução de 85% das queixas dos pacientes e, simultaneamente, conhecer a pessoa. Um conhecimento apenas das prevalências sem a habilidade para conhecer a pessoa acaba em insucesso. Por isso, o conhecimento da pessoa é passo indispensável para atuação eficaz em nível primário.

Medicina Centrada no Paciente requer do médico um especial interesse que lhe ajude a percorrer o caminho entre a pessoa doente e o significado que a enfermidade tem para o paciente. A doença é para o enfermo uma maneira de estar na vida, quer dizer, uma forma de vida que tem sua linguagem própria e que deve encontrar no médico sensível o receptor necessário para uma decodificação adequada dos significados¹⁴.

Tudo começa no relacionamento entre o médico e o paciente, numa interação pessoal e personalista – quer dizer, leva em consideração a individualidade das pessoas envolvidas – e cabe ao paciente o papel de protagonista neste cenário. Partindo desta premissa, é possível estudar a postura que o médico deverá adotar para levar adiante este relacionamento e, apoiado nele, conduzir sua função de cuidador com eficácia. As considerações decorrentes deste estudo serão, pois, verdadeiros elementos metodológicos, próprios da abordagem proposta pela Medicina de Família. Uma metodologia que tem como núcleo a pessoa do paciente: Medicina Centrada no Paciente – conhecida em inglês como *Patient Centered Method, Patient Based Medicine*¹⁵.

McWhinney¹ é claro na sua afirmação: “[...]conhecemos a pessoa antes de conhecer a doença”. O que significa que os recursos naturalmente utilizados para conhecer pessoas devem fazer parte dos modos e do instrumental do médico. Aqui entram aspectos tão pouco concretos e nada mensuráveis, como a intuição, as emoções – próprias e alheias – e as variadas vertentes que levam à empatia e à compreensão entre os seres humanos. Poder-se-ia dizer, com razão, que são questões dependentes da subjetividade; mas é assim que as coisas se passam entre os seres humanos, quando se trata de decidir temas de vital importância. Basta lembrar os critérios que levam a decidir pelas amizades, pela constituição de uma família, pela simpatia, amor ou repulsa, enfim, pelo que concerne ao universo factual de decisões na vida cotidiana do ser humano. As maneiras naturais de relacionamento entre as pessoas são, na Medicina de Família, também metodologia, questões que requerem abordagem científica.

O 2º Pilar: Educação Médica e Metodologia Científica

A construção do novo paradigma que conduz à metodologia centrada no paciente implica, como condição de própria subsistência, pensar como se podem ensinar todas essas questões, no âmbito acadêmico, na Universidade. O estabelecimento da Medicina de Família como disciplina acadêmica, com corpo próprio de conhecimentos, métodos de pesquisa, produção científica e publicações, depende em grande parte de uma sistemática também própria no método de ensino.

Voltando nosso olhar para a história, deparamo-nos com um interessante artigo elaborado por um dos fundadores da Medicina

de Família, quando iniciava sua instalação como disciplina acadêmica nos países anglo-saxônicos¹⁶. O autor aponta para a necessidade que o médico de família tem de fazer pesquisa e de ensinar por meio deste trabalho de investigação. Sem essas componentes – comenta McWhinney –, nunca passaremos das impressões aos fatos, não construiremos uma metodologia que nos permita ensinar este modelo aos que venham depois, e ficaremos transmitindo a impressão de que nosso modo de trabalhar depende apenas do “carisma e da inspiração individual”. Faltando a sistemática e a metodologia, que permita tornar o modelo matéria de aprendizado – fazer escola, como diziam os antigos –, permanece-se no individualismo, o que acaba tirando-lhe credibilidade por não ser possível de reproduzi-lo e incorporá-lo na formação universitária.

Entende-se bem por meio dessa advertência a grande atenção que os médicos de família dedicam ao tema educacional. Uma dedicação que ao longo dos últimos 30 anos, tem chegado a ser não apenas importante, mas essencial. Hoje em dia, é consenso universal que não se pode exercer a Medicina de Família no âmbito acadêmico, na faculdade de Medicina, sem pensar em Educação. Aquilo que começou por ser uma necessidade para a instalação universitária do novo paradigma de atenção médica, acabou constituindo – pelo contato ininterrupto com o aluno, pela reflexão continuada e pelas pesquisas produzidas nesse âmbito – espaço propício para pensar em Educação Médica como um todo.

Ciência e Arte: um aprendizado simultâneo

A Medicina de Família tem intimidade no tratamento da medicina

como arte. Um bom amigo comentou-me em certa ocasião que o que lhe fascinava na Medicina de Família é que, quando estava no seu consultório esperando os pacientes, nunca sabia “o que iria entrar por essa porta”. Interpretando sua frase e fazendo um “fatorial”, poderíamos dizer: quem vai entrar, com que queixa, com que manifestações de uma doença, com que modos, expectativas, possibilidades, e o que espera de mim.

De modo elegante, uma autora expõe essas questões num artigo de referência obrigatória¹⁷. A dupla função do médico – entender a doença e entender o doente – requer uma integração metodológica dos conhecimentos objetivos, das evidências médicas, com os aspectos que caem no âmbito da subjetividade, como é o mundo do paciente, e o que o médico é capaz de captar, interpretar e, naturalmente, utilizar em benefício deste. O entendimento clínico requer, em palavras da autora, saber integrar o conhecimento e a percepção dos aspectos particulares com os gerais, provenientes do conhecimento médico universal. Essa percepção interpretativa, que os médicos experientes possuem, é muitas vezes tácita, intuitiva, subjetiva e está compreendida no contexto da arte médica. Não é oposta, mas complementar ao que se considera ciência médica, e como tal, sendo um recurso para cuidar, deve ter também seu desenvolvimento científico. Toca-se aqui num ponto nevrálgico de como se pode e deve desenvolver a arte médica, em aprendizado paralelo com os conhecimentos técnicos. Tentaremos explicá-lo sucintamente.

Bem é verdade que a intuição do médico, as percepções que a experiência lhe traz, fruto do seu aprendizado prático no contato com o ser humano – uma antropologia clínica de ação, de moldes

claramente fenomenológicos –, atua de modo simultâneo, no mesmo momento da ação clínica. Difícilmente o médico pára e reflete sobre essa percepção, que, intuitivamente, utiliza para compreender melhor o paciente que tem na sua frente. E quando o faz, nem sempre sabe explicar – verbalizando e explicitando com detalhe – em que consiste. Mas, que o médico não consiga explicitar sua ação – a maior parte das vezes nem se propõe a fazê-lo – não dispensa à ciência de se questionar sobre o processo. Em palavras da autora, não se trata de que o médico seja sempre capaz de nos descrever o processo intuitivo de compreensão, mas sim que estabeleça um desafio para que a ciência e a pesquisa procurem compreender mais, melhor e com maior profundidade o que realmente acontece no ato clínico. Isso nos coloca em cheio no campo da pesquisa qualitativa, campo fértil e necessário em Medicina de Família, que descreve e analisa os fenômenos para assim procurar entendê-los.

A arte médica se constrói por meio dessa perspectiva qualitativa, fazendo-se também ciência. Desse modo, é possível ensinar e transmitir o que, de outro modo, no âmbito do apenas implícito ou mesmo das genialidades e intuições individuais não seria passível de aprendizado. O fato de que a história de vida e os sentimentos do paciente não sejam traduzíveis em números e estatísticas, mas sim compreendidos pela intuição e escuta atenta do médico, não significa que não possam ser trabalhados e, conseqüentemente, ensinar a ciência que com eles trabalha. A arte médica requer, portanto, um aprendizado que tem de se desenvolver proporcionalmente ao conhecimento técnico. O embrião que o aluno possui – a interação singela com o paciente – tem de ser cuidado, nutrido e de-

envolvido no médico adulto em proporção com os outros aprendizados científicos.

Esse sinergismo harmônico é analisado com originalidade¹⁸ pelos criadores dos POEM's (*Patient Oriented Evidence that Matters*), um instrumento de revisão bibliográfica que peneirando as principais publicações científicas sabe extrair aquelas que possuem conclusões relevantes para a prática do profissional de Atenção Primária – o médico de família – e para o benefício do paciente. Com certa dose de humor, os autores comentam que a boa prática clínica encontra na música uma metáfora acertada. Os paradigmas recentes da Medicina Baseada em Evidências entram em frequente conflito com a experiência clínica de quem possui muitas horas de voo. E assim como para muitos médicos ater-se de modo rígido às evidências representa o rigor matemático de uma fuga de Bach, interpretada sem criatividade, para outros profissionais da saúde – como os que atuam em programas de saúde pública, ou os sociólogos – deixar-se levar pela simples experiência contém as dissonâncias de um rock pesado. A proposta dos autores é o que denominam de *Clinical Jazz* como analogia da boa prática clínica, sabendo combinar o rigor das evidências científicas relevantes ao paciente, com a experiência que gera criatividade, permitindo assim gerenciar as incertezas, respeitar a unicidade do paciente, trabalhar com dados e valores que são instáveis.

O 3º Pilar: Humanismo e Conhecimento Próprio

Entramos agora no estudo do terceiro pilar, componente essencial no corpo próprio de conhecimentos da Medicina de Família como disciplina acadêmica: a vertente humanista do médico de família.

Pretende-se mostrar aqui como se insere o Humanismo dentro da construção da perspectiva e do paradigma da Medicina de Família.

De um modo simples e sucinto pode-se dizer que o humanismo tem na Medicina de Família uma dupla função: por um lado, promover a atitude reflexiva do médico, em verdadeiro exercício filosófico da profissão, expressão feliz de um autor a propósito da atitude exemplar demonstrada por William Osler¹⁰. Por outro, prover o corpo de conhecimentos da Medicina de Família com recursos de caráter humanístico, que facilitem essa reflexão fundamental na prática desta atividade.

Humanismo é, portanto, para a Medicina de Família um elemento essencial na construção da sua própria identidade como disciplina acadêmica. Não é, pois, um aspecto periférico que complementa a figura do médico, nem mesmo um diletantismo cultural, ou até uma habilidade ou carisma restrito ao âmbito de alguns médicos individuais. Trata-se de um caminho concreto e definido – na ampla variedade que as ciências humanas nos oferecem –, e que incorporado como metodologia vem fazer parte da sistemática educativa própria da Medicina de Família.

Promover a atitude reflexiva dentro de uma disciplina acadêmica requer primeiramente criar espaço formal para fazê-lo, quer dizer, tempo previsto para desenvolver esta dimensão. Dizer que a reflexão é elemento incorporado na figura do médico de família, não significa que tenha de ser deixado por conta de cada profissional: é necessário determinar lugar formal para iniciar e construir essa atitude, que, depois, se prolongará na vida e na atuação profissional do médico. Em segundo lugar, estabelecido o espaço formal, deve-se ter uma sistemática que oriente a formação

reflexiva. Requer-se, portanto, metodologia.

O médico é produto do seu meio, cidadão do seu tempo, cortado pelos mesmos padrões sociais que os outros seres humanos. O estudante de Medicina, por encontrar-se em período de formação humana e profissional, é, talvez, mais influenciado pelo meio social que o circunda. Justamente por isso tornam-se particularmente importantes estas iniciativas que promovem a reflexão nos momentos atuais, em que a sociedade não costuma priorizar tal atitude. Como o autor adverte, vivemos numa cultura “do fazer”, mais do que “pensar”, e o valor que é conferido às pessoas, é pelo que elas fazem e não pelo que são. A Universidade, que se propõe formar profissionais competentes, deve contemplar o universo social que se lhe oferece e suprir, na medida das suas possibilidades, as insuficiências culturais com as quais os estudantes chegam até as aulas acadêmicas. Deve, portanto, dar uma resposta proporcional, à altura das circunstâncias, e procurar sanar – como é o caso da atitude reflexiva – as deficiências que, em outras épocas, deveriam se dar por sanadas antes do ingresso na escola médica.

As diversas considerações aqui expostas, na tentativa de esboçar a abordagem proposta pela Medicina de Família no método centrado no paciente, desemboca inevitavelmente na necessidade que o médico tem de progredir no conhecimento próprio. Requer por parte do médico uma atitude reflexiva para conhecer primeiro a si, e poder depois conhecer tudo o que é relativo ao paciente. Os médicos devem perder o medo de conhecer-se, de apalpar suas emoções, que não podem ser amputadas, pois fazem parte da sua arte médica. A carência dessa atitude faz com que o médico tenha sido definido algu-

mas vezes como um profissional de emoções atrofiadas¹⁹.

Os recursos humanísticos que a Medicina de Família emprega para facilitar a atitude reflexiva são de ordem variada, incluindo nesse vasto universo a Bioética, a História da Medicina, a Antropologia, a Espiritualidade, a Sociologia. Tem-se mostrado particularmente interessante a utilização das Artes e da Literatura na formação humanística do estudante de medicina, sendo a ficção utilizada para promover a empatia e a compreensão dos seres humanos: em primeiro lugar, o conhecimento próprio, e, depois, o entendimento dos semelhantes, entre eles, do paciente.

De acordo com os comentários de autora reconhecida nesse campo, existe uma atenção crescente pelas humanidades nos círculos de educação médica. Observa que a literatura e as artes em geral são um recurso de utilidade para ensinar aspectos particularmente difíceis – embora fundamentais, são pouco concretos – no contexto educacional. Assim, abordar a competência e lidar com as limitações, empatia, tolerância e compaixão, ambiguidade e incerteza, são elementos com que o médico se defronta diariamente e que, por meio da ficção, se tornam transparentes. Acrescenta ainda que é preciso promover a boa vontade do estudante-médico (*good willing*) para entrar no mundo do paciente e compreender as experiências que a doença lhe traz. Aproveita-se, desse modo, a empatia e amor, com que o estudante de medicina se inicia na sua prática, e procura-se preservar sua componente humana no processo educativo²⁰. As humanidades em Medicina de Família assumem espaço formal, dentro do curriculum de graduação e pós-graduação.

Saber lidar com o universo afetivo do aluno supõe pensar caminhos onde ele possa ser integrado

no processo de formação. Não se trata apenas de respeitar a afetividade, nem mesmo de considerá-la presente, mas de saber utilizá-la no contexto educacional. Nesse sentido, elementos que possuem força empática afetiva, como a poesia ou o cinema devem ser contemplados.

O 4º Pilar: Formação de lideranças e compromisso profissional

Formar lideranças implica tomar consciência das próprias responsabilidades, assumir a missão profissional para a qual está destinado. O modelo médico acadêmico proposto pela Medicina de Família, que vai ao encontro das necessidades do paciente em Atenção Primária, e se insere de modo natural no processo educacional dos futuros médicos, faz deste profissional um elemento que detém responsabilidades particulares nos tempos atuais. Em excelente análise de perspectiva histórica, Carmichael, Shcooley (2001) relatam a experiência na institucionalização da Medicina de Família como disciplina acadêmica, entendendo como um resultado lógico dos movimentos de saúde na procura da Atenção Primária, no início desconexos, que tiveram lugar nos Estados Unidos na década de 60. A contribuição original das reflexões que os autores¹¹ fazem nesse trabalho é perguntar-se qual o papel do médico de família no universo atual, com uma tecnologia crescente. E a resposta pode ser resumida de modo simples: “O Médico de Família deve educar e de algum modo ‘defender’ o paciente do uso indiscriminado da tecnologia. Em outras palavras: colocar a tecnologia ao serviço do paciente e não deixar que, por descuido, a técnica acabe servindo aos interesses genéricos ‘da ciência médica’ ou mesmo ‘do especialista’”. Este papel

de educador e defensor do paciente (*advocacy*) é uma das responsabilidades que a sociedade atribui ao Médico de Família. Postulam os autores que o Médico de Família deve tornar-se um verdadeiro investigador que procura (*human browser*) entre as várias possibilidades que a ciência e os recursos oferecem, a mais conveniente para o paciente. E concluem: “o Médico de Família tem a responsabilidade de vasculhar no sistema médico, e naquilo que a ciência oferece, para oferecer ao seu paciente a melhor possibilidade de diagnóstico e de cuidados”. Naturalmente, a competência necessária para essa função implica preparar esse profissional de um modo moderno, atualizado, em formação continuada.

Por este motivo, notam os autores a necessidade de criar espaços – literalmente, fala-se de verdadeiros campos – de formação em Atenção Primária, em que na prática se possa aprender a integração entre o que o progresso científico oferece, e as necessidades reais do paciente que é atendido. Isso nos situa perante outra responsabilidade: a inserção na comunidade, que implica conhecer e formar-se junto àqueles que usufruirão os serviços desse profissional, hoje ainda estudante.

O tema da integração na comunidade é estudado partindo da atitude reflexiva requerida no profissional, como é habitual em Medicina de Família²¹. Antes de estudar ação concreta em saúde e desdobramentos políticos, torna-se necessário perguntar por aquilo que dá sentido à profissão médica – no caso, a função do médico de família – e à própria vida deste médico. As autoras afirmam que o desejo de tornar o mundo melhor

por meio do trabalho profissional é uma motivação que deve ser estimulada no processo de formação. E essa atitude pode ser fomentada quando colocado o aluno em contato com o paciente, durante os anos de formação. Nesse momento, cresce o desejo de ajudar, servindo-se da ciência médica que se está adquirindo, ao mesmo tempo em que vai tomando forma a possibilidade de uma ajuda que venha melhorar as condições sociais dessa comunidade pela qual o aluno, de algum modo, sente-se responsável. Conclusão importante desse comentário é que “não basta mostrar ao aluno a comunidade de um modo esporádico, mas é preciso facilitar caminhos para projetos de atuação responsável junto à comunidade”. Consegue-se desse modo fomentar a responsabilidade social do médico e fazer com que venha a descobrir quais são as necessidades reais da comunidade e onde ele pode ajudar na prática.

O contato do aluno com o paciente no seu contexto familiar e social traz consigo benefícios educacionais, na opinião das autoras, pois o paciente cria vínculo com o aluno – cuja condição de estudante conhece – e, de algum modo, aprecia seu trabalho não apenas pelo entusiasmo próprio da juventude, mas porque permite que o paciente “participe de uma maneira menos formal, num relativo plano de igualdade”.

Os programas que colocam o aluno em contato com a comunidade levantam, no seu desenvolvimento, uma outra questão, que é também uma responsabilidade – ou pelo menos uma realidade de fato – da alçada dos educadores em Medicina de Família: a formação de

lideranças. É o caso dos Programas em que os estudantes têm a oportunidade de trabalhar com a comunidade em período acadêmico curricular e desenvolver, ao mesmo tempo, habilidades nos diversos estilos de liderança e, naturalmente, pelo conhecimento próprio²².

A formação de lideranças envolve não apenas trabalho conjunto e entusiasmo, mas também reflexão e referencial teórico com uma fundamentação filosófica. Uma reflexão desta ordem²³ é a oferecida por um autor em momentos históricos. “Um líder é alguém cuja história torna possível que os sonhos de outros se tornem realidade. Não posso deixar de pensar naqueles que me ensinaram que Medicina de Família é muito mais do que simples prestação de serviços de saúde. Trata-se de um compromisso em que o cuidado da saúde está compreendido num contexto maior.” O autor, após enfatizar que o relacionamento é o valor básico que sustenta a Medicina de Família como disciplina (*core value*) – algo que sempre deve estar presente, seja qual for a atuação concreta de atenção à saúde –, observa que é próprio da liderança não apenas a empatia e a boa vontade, mas também possuir os recursos e a ciência adequada. “De nada adianta pensar que o bem sempre triunfa sobre o mal se não sabemos como fazer que isso aconteça.” E conclui: “Um líder é alguém que consegue aglutinar pessoas ao seu redor, e mantendo-se absolutamente firme naquilo em que acredita é capaz de conduzir o grupo à sua volta, percorrendo juntos o caminho, como uma família unida e forte, em sintonia, crescendo por meio do mútuo apoio.”

REFERÊNCIAS

1. McWhinney I. A textbook of Family Medicine. New York : Oxford University Press; 1997.
 2. Flexner A. Universities, American, English and German. New York : Oxford University Press; 1930.
 3. Cameron I. "Role and image of family physicians". Can Fam Physician. 2000; 46:284-289.
 4. McWhinney I. "The importance of being different. Part I: The marginal status of family medicine". Part II: "Transcending the mind-body fault line". Can Fam Physician. 1997; 43:193-5; 404-6.
 5. World Health Organization, UNICEF. Primary health-care. Report of the International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Geneva: World Health Organization; 1978. (Health for All Series).
 6. Organização Mundial da Saúde – OMS, Organização Mundial dos Médicos de Família-WONCA. Tornar a prática e a educação médicas mais relevantes para as necessidades das pessoas: a 10. Contribuição do Médico de família. Ontário, Canadá; 1994 nov.
 7. Vinten-Johansen P, Riska E. "New Oslerians and real Flexnerians: the response to threatened professional autonomy". Int J Health Serv. 1991; 21:1, 75-108.
 8. Improving Health Systems: The Contribution of Family Medicine. A Guidebook. (Collaborative project of the World Organization of Family Doctors-WONCA & World Health Organization – WHO).
 9. Cameron I. Role and image of family physicians. Can. Fam. Physician. 2000;46:284-289.
 10. Decourt LV. William Osler na intimidade de seu pensamento. Rev Incor 2000.
 11. Carmichael L, Schooley S. Is where we are where we were going? A dialogue of two generations. Fam Med. 2000;33(4):252-8.
 12. Bogdewic S. Practical idealism: a blueprint for caring. Fam Med .2000;32(6):372-5.
 13. Graham B. Academy EVP defines specialty's challenges for next 25 years. FP Report, 1997. (July):3.in Fam Med 1997;33(4): 259-67.
 14. Monasterio F. Planteamiento del Humanismo Médico. Humanismo e Medicina. II Encuentro Cultural de la Sociedad Española de Médicos Escritores. Murcia, España: Previsión Sanitaria Nacional & Colegio Oficial de Médicos;1982.
 15. Stewart M et al. Patient-centered medicine: transforming the clinical method. California: Sage Publications; 1995.
 16. McWhinney I. The Family Physician as a research worker. Can. Fam. Physician. 1969 sept; 133-40.
 17. Malterud K. The art and science of clinical knowledge: evidence beyond measures and numbers. Lancet 2001; 358:397-400.
 18. Shughnessy AF, Slawson DC, Becker L. Clinical jazz: harmonizing clinical experience and evidence-based medicine. J J Fam Pract. 1998; 47:425-428.
 19. McWhinney I. "The importance of being different. Part I: The marginal status of family medicine". Part II: "Transcending the mind-body fault line". Canadian Family Physician 1997; 43: 193-5; 404-6.
 20. Shapiro J. "Literature and the Arts in Medical Education." Fam Med. 2000;32(3):157-8.
 21. Candib LM, Gelberg L. How will Family Physicians Care for the patient in the context of family and community. Fam Med. 2001;33(4):298-310.
 22. Haq C, Frey J, Davis J, Grosch M. Preparing future leaders in Family Medicine. Seminar. Conference Program. Society of Teachers of Family Medicine, 33rd Annual Spring Conference, Orlando, Florida. USA; 2000.
 23. Bogdewic S. The Call for moral leadership. Fam Med. 2001;33(2):86-8.
-

Recebido em 17 de julho de 2010
Aprovado em 30 de julho de 2010