

Medicina de Família: Ciência e Arte com Metodologia Acadêmica

Pablo González Blasco*

Uma simples pergunta

O que faz um médico de família? Ao que se dedica? Qual é o seu papel? Esta pergunta é a seqüência quase obrigatória quando o interlocutor responde a primeira e aparentemente inocente questão: Você é médico! Qual a sua especialidade? A resposta –sou médico de família- dispara a segunda pergunta, acima enunciada, e com ela inicia-se todo um processo que pode levar horas de explicações, surpresas, desentendimentos, fascinação ou desprezo. A personagem interrogada neste diálogo, pode ser um médico, geralmente jovem, no início da vida profissional; ou, cada vez com mais freqüência, um estudante que também deverá explicar ao seu curioso inquiridor os motivos pelos quais decidiu enveredar por estes caminhos da medicina de família durante a sua formação acadêmica universitária.

Em artigo publicado na Revista Médica da Universidade de Kansas¹, o Dr. Joshua Freeman, Professor Titular do Departamento de Medicina de Família explica o que ele, como médico de família, costuma fazer: “Vejo as pessoas, escuto-as, falo com elas, tento descobrir quais são os seus problemas de saúde, procuro auxiliar com todo e qualquer conhecimento que possuo para, junto com eles, estabelecermos objetivos conjuntos a conseguir e depois tento ajudá-los a alcançar estas metas”. O artigo-reportagem leva por título a sugestiva manchete: “A essência da medicina de família não muda. Após três décadas esta disciplina continua definindo sua identidade por meio do vínculo entre médicos e pacientes”. Dificilmente se pode expressar o papel do médico de família de modo tão amplo e abrangente, sendo ao mesmo tempo extremamente metodológico e objetivo, como o faz o Dr. Freeman.

Se o nosso interlocutor –aquele que fez a pergunta chave e originou todo o processo explicativo- vem a ler esta resposta aparentemente simples poderia concluir, no vácuo da sua simplicidade, que isso o pode fazer qualquer um, ou melhor, qualquer médico. E certamente não lhe faltará razão, já que a atitude aqui mencionada diz respeito à postura médica básica de qualquer profissional em exercício. Daí que costume ser passo obrigatório no diálogo explicativo, outra pergunta clássica: “Mas isso que vocês fazem em Medicina de Família, é o que todo médico tem de fazer” . Se o nosso interlocutor não é médico, a

resposta deve ser elaborada com prudência, salvaguardando em todo momento o respeito profundo que os médicos de família temos pelos especialistas que são imprescindíveis colaboradores para cuidar dos nossos pacientes.

Deve-se então mostrar que o especialista tem de se conduzir de modo análogo ao estilo descrito pelo Dr. Freeman. E, se é um bom especialista, certamente o fará assim. Mas -e aqui está o núcleo da questão- o objeto primordial da sua atuação, certamente temperada pelo desejo de ajuda ao paciente, é providenciar auxílio num aspecto determinado da saúde do paciente, motivo que originou a consulta. O que faz dele um bom especialista é, além da postura humanística e solidária com o paciente, a competência específica que leva à resolução do problema que afeta ao paciente. Não será melhor médico por sair-se do seu campo específico de atuação, tentando uma assistência mais “globalizada”, por usar uma linguagem na moda, quando não é isso o que o paciente solicita dele. Basta-lhe competência, habilidade e, naturalmente, capacidade de comunicação que inspire confiança. Afinal, o especialista é, para o paciente, alguém versado e estudioso de problemas específicos, que possui peculiar perícia em algumas questões médicas, motivo pelo qual é procurado. O paciente sabe que aquela afecção concreta requer um especialista determinado, e assim solicita os seus serviços. A base de relacionamento com o médico especialista é motivada pelo problema concreto de saúde, e se esgota nele: uma vez resolvida a questão, serviços prestados com competência, o relacionamento finaliza a menos que surjam aspectos outros derivados da mesma moléstia.

Tudo isto que para um interlocutor não médico pode parecer excessivamente metodológico, sobrado de explicações, se resume na pergunta que o nosso jovem médico ou estudante interrogado formula para sair com habilidade do impasse: “E diga-me, quem é o seu médico?” O feitiço volta-se contra o feiticeiro, a conversa inunda-se de silêncio até que o inquiridor inquirido responde timidamente: “Médico de que?” Um sorriso compreensivo, mais expressivo que mil palavras coloca ponto final ao diálogo, ouvindo-se por vezes, a modo de admiração, o interlocutor curioso exclamar: “Mas eu pensava que, hoje em dia, já não existiam médicos assim.!!” Alguns ainda tentam uma saída lógica e honrosa com outro comentário também clássico: “Ah, é como um clínico geral, não?”. Um outro sorriso, uma palmadinha no ombro, e a pergunta final que não requer resposta, sendo apenas um empurrão para a reflexão: “E quantos clínicos você conhece? Onde você os encontra? Você tem um para quem ligar habitualmente?”. Silêncio, um esforço de concentração que evoca as lembranças do passado, ou as lembranças que alguém contou –nossos protagonistas são jovens a maior parte das vezes- e o comentário final, com sabor de “The end” num filme dos anos 50: “A gente tinha um médico assim no interior, minha avó sempre fala dele....”.

Os diálogos mais difíceis, porém, não são com os interlocutores não médicos que, de uma maneira geral correm em analogia com o modo acima descrito, em variações sobre o mesmo tema. O verdadeiro desafio que enfrenta a medicina de família não é provar para os pacientes o que o médico de família faz, pois eles logo adivinham: o médico de família é “o meu médico”, a resposta certa à questão acima formulada. Desafio real é a tarefa que com maturidade, consciência e competência científica a Medicina de Família tem hoje pela frente, na afirmação da sua identidade. Um posicionamento que leva a falar de igual para igual com as outras especialidades médicas, em paridade de competências, sabedora de possuir um corpo próprio de conhecimentos, uma metodologia específica e umas linhas de pesquisa peculiares. Não mais importantes nem menos do que as outras áreas do saber médico; apenas algo que lhe é próprio, que é objeto do seu conhecimento, terreno específico de ação médica, e o cotidiano do médico de família. Este é a razão do presente artigo que introduz uma série de textos escolhidos de autores consagrados que amplificam este conceito aqui esboçado.

Médicos de família ou especialistas: um artigo de 1929.

Nas muitas conversas que tive com o Prof. Freeman, várias vezes falou-me de um artigo² publicado em 1929, pelo Dr. Logan Clendening, ilustre clínico do Kansas. Até me comentou que a biblioteca de História da Medicina que a Kansas University possui hoje, um verdadeiro centro de pesquisa na área, leva o nome deste prestigioso profissional. O artigo que, pouco tempo depois estava nas minhas mãos, leva o sugestivo título “Has the specialist failed?” (Há fracassado o especilista?). O dito artigo foi me enviado pelo Dr. Freeman, acompanhado de um comentário do Dr. Michael Kennedy, Professor de Medicina de Família em Kansas. Neste comentário³ o Dr. Kennedy aponta os custos altos que a medicina arquitetada em especialidades, na ausência de um médico de família que gerencie os casos, provoca. Um reconhecimento sincero de como uma medicina de alta tecnologia e de competência incontestável deixa muito a desejar no cuidado real dos pacientes e da comunidade, e de um sistema de saúde que se apresenta próximo ao colapso. E conclui que apesar da tecnologia, os médicos de família estarão sempre por perto para cuidar dos enfermos, porque os enfermos são como nós mesmos: nossos vizinhos, nossos amigos, aqueles que conhecemos bem, e conhecemos as suas famílias, aqueles que depositam em nós sua esperança de serem cuidados.

Lendo com calma o artigo do Dr. Clendening, não desprovido de humor e de críticas sutis –outras nem tanto- aos especialistas, percebe-se o desejo apaixonado de um homem, um médico, que foi especialista e decidiu devotar-se à medicina interna por encontrar nela a solução prática do que os seus pacientes lhe pediam. E no meio de histórias reais dos seus pacientes reflete e filosofa sobre qual o papel que um médico de família tem na atenção dos

pacientes. Duas pinceladas sobre este artigo, a modo de amostra. Pensar que a ciência evoluindo traz complicações devido ao acúmulo de conhecimentos é uma falácia – diz o Dr. Clendening.. A ciência não torna as coisas mais complicadas, mas as simplifica se é verdadeira ciência, e as torna tão simples que não é preciso um superespecialista para cuidar de coisas que, sendo complicadas no passado por serem desconhecidas, hoje são de domínio público no âmbito médico. Aponta como o médico de família –general practitioner- tem a vantagem de ver o paciente não apenas como um exemplo de organismo afetado por uma doença, mas situado no seu contexto de relacionamento social, humano e econômico. Conhece sua família, seus problemas domésticos, sus medos, temores, amores, frustrações e desejos. Seus valores, na sua totalidade. E oferece um exemplo elucidativo: Uma mulher que cuida do pai que está morrendo de câncer apresenta um desconforto urinário e, ao invés de consultar o médico de família que atende o pai, telefona para o especialista. Relata suas queixa e pergunta se poderia ser câncer, ao que o especialista responde afirmativamente. Não é um erro do especialista, pois afinal foi consultado sobre uma simples possibilidade que, mesmo remota, tem de levar em consideração como especialista. Naturalmente a nossa paciente sofre um abalo emocional, e finalmente descobre tratar-se de problema de ordinária administração com solução fácil. Se o médico de família que cuida do pai moribundo tivesse sido consultado certamente a hipótese de câncer –que ele pode e deve ter presente, como qualquer outra possibilidade- não teria sido ventilada pois conhecendo o contexto da paciente, melhor seria proceder na investigação requerida sem sofrer, desnecessariamente, por antecipação, mormente encontrando-se a paciente no referido cenário familiar

Da época em que o artigo do Dr. Clendening foi escrito –1929- até hoje, certamente muitas coisas mudaram e os especialistas de hoje não são, para a nossa felicidade e a do paciente, da qualidade que ele descreve amplamente no seu escrito. Não parece injusto suspeitar que naquela época muitos médicos se escondiam atrás da especialidade para disfarçar o desconhecimento e a incompetência, tornando menor a área de atuação para sentirem-se mais confortáveis, com menos probabilidade de errar. Mas outros aspectos por ele apontados conservam surpreendente atualidade, e são colocados de modo extremamente acertados. Assim, esclarece que o médico de família, quando bem treinado, está apto para atender e solucionar 98% das queixas que o paciente lhe apresenta. E, insiste com ênfase: 98% dos pacientes, não das doenças. E isto porque a prevalência e incidência das doenças, é que vai resultar no tipo de queixas que o paciente apresenta. Quanto mais comum seja a doença, quanto maior seja a prevalência da moléstia, maior será o número de pacientes acometidos, maior o número deles que virá requerer ajuda médica.

Neste ponto vale a pena uma reflexão que parece ser pouco comum nos médicos e nos estudantes de medicina. Os tratados de Medicina Interna, por

colocar um exemplo, recolhem com a extensão que é própria deles, o compêndio de doenças e patologias em *proporção desproporcionada* com a epidemiologia das doenças. Assim, o número de páginas dedicadas às diversas moléstias não guarda proporção com a prevalência das mesmas. É muito possível que o maior número de pacientes que um Médico de Família veja na sua vida corresponda às patologias recolhidas em, por exemplo, 10% das páginas do tratado, ficando o resto –90% das páginas - para descrever doenças que, pela baixa prevalência, nunca terá na sua frente e, quando por ventura aparecerem, serão da competência do especialista. Pareceria lógico pensar numa avaliação também proporcional, respeitando a prevalência das patologias, do estudante de medicina em formação, exigindo dele um conhecimento profundo do referido 10%, e um conhecimento menor, mais informativo e menos detalhado, do restante. Voltaremos depois sobre este aspecto epidemiológico da formação médica que, hoje em dia com o crescimento volumoso da informação científica é condição mais do que necessária para a competência médica.

Um novo paradigma que retoma a velha discussão.

Em editorial⁴ de recente publicação que pretende ser um forum de discussão de metodologia e pesquisa em medicina de família e atenção primária, aborda-se esta questão com roupagem nova mostrando o que deve ser, na prática, a postura de um generalista em versão acadêmica, de um *family physician*. As necessidades de cuidado que um paciente crônico apresenta, com frequentes co-morbidades (portador de várias moléstias) requer um profissional que o aborde com perspectiva ampla, global, holística e, mais importante que este termos já desgastados pelo uso, um profissional que adote como metodologia de ação clínica um paradigma mais abrangente. Nesta nova perspectiva de cuidar, 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 a prioridades vindas dos valores e sentimentos do paciente. Deve também reconhecer 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 conseqüentemente o entorno social e comunitário são deste modo colaboradores do médico que tem de aprender a falar a linguagem deles, e a dialogar na procura solidária das melhores soluções. Um médico de família oferece pois, muito mais do que a simples soma de soluções para os os diversos problemas de saúde que o paciente sofre. É muito mais que uma produto algébrico, ou, quando mal coordenado, uma colcha de retalhos. Trata-se uma nova perspectiva no cuidar, de um verdadeiro gestalt, uma visão do mundo, no caso, do paciente que tem diante de si. Um novo paradigma que tem de ser construído, aprendido e ensinado.

O autor deste editorial reconhece o papel fundamental que o especialista tem como colaborador no cuidado destes pacientes crônicos, mas aponta que o modelo de atenção não pode ficar restrito à visão necessariamente setorializada do especialista por tratar-se de um paradigma necessariamente reducionista. O conhecimento aprofundado com que o especialista colabora, faz com que surjam modelos de atenção que, procurando a qualidade –o controle da patologia em si- estão necessariamente focalizados na doença, reduzidos por tanto no seu espectro de cuidar da pessoa. É o caso dos grupos multidisciplinares ou dos grupos de pacientes portadores de determinada moléstia. Nestes contextos de atenção à saúde não cabe dúvida que todos os profissionais dão o melhor de si, para controlar.....a doença. Mas isso não significa necessariamente melhora da qualidade de vida do paciente. Exemplifica o autor com humor que um paciente hipertenso e diabético, que com o tempo pode desenvolver uma osteoartrose favorecida pela obesidade, e não raramente ser acometido de um episódio depressivo, requer uma abordagem muito peculiar, fruto do novo paradigma que nos ocupa. Reduzir o paciente às patologias que possui faria com que este paciente fosse encaminhado na segunda feira ao grupo de diabetes, na terça ao grupo de cardíacos, na quarta ao programa de prevenção de osteoartrose e na quinta feira a um outro cenário que trabalha com terapia de grupo para deprimidos. Nada contra a colaboração do especialista ou da equipe multiprofissional que atende o paciente; a crítica é ao sistema que se contenta com locar o paciente etiquetado pela doença que o acomete, quando na verdade ninguém está cuidando dele como pessoa. Enfatiza assim a necessidade do médico de família que, sem querer suprir a competência específica do especialista, assume em situações como a descrita –cada vez mais comuns - um papel central e integrador, para coordenar todos os esforços de ajuda ao paciente. O médico de família, 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.

O Estudante de Medicina e a cartilha da Medicina de Família.

Voltemos ao nosso diálogo inicial, situando-nos agora com outros protagonistas: os estudantes de medicina que refletem sobre o que faz um médico de família. O estudante dos primeiros anos, que permanece longe do contato com o paciente, considera a afirmação do Dr. Freeman acima citada como algo óbvio. Na prática não difere muito na percepção daquela tida pelo interlocutor que não é médico. Os anos passam e o estudante progride no conhecimento da ciência médica, no estudo das patologias, e depara-se com o paciente, agora um ser real. Para sua surpresa vê o quanto é difícil levar à prática a atitude simples de “ouvir, falar, entender e procurar ajudar o paciente nas metas estabelecidas em conjunto”. Até repara com perplexidade que o diálogo com o paciente –condição necessária para cumprir esse simples

cometido- não é prática comum no cotidiano dos médicos e professores que tem à sua volta. Também não é avaliado nesse aspecto, ficando por conta de conhecimentos teóricos detalhados e minuciosos –certamente sem a proporção epidemiológica à qual nos referimos antes- o seu desempenho escolar. Pensa que o seu conhecimento médico é ainda muito imperfeito e que, com o tempo, quem sabe as coisas possam melhorar mas já guarda dentro de si uma ponta de ceticismo. Os anos profissionalizantes e o internato vêm apagar definitivamente a esperança de que o volume de conhecimentos em crescimento suprirá esse defeito de comunicação com o paciente que já tinha advertido no passado. O aluno vê pacientes o tempo todo, trata deles, examina, diagnostica, prescreve mas por motivos variados cuja análise foge ao nosso propósito, jamais se sentiu tão longe do paciente. Com persistência, em imitação quase irracional dos modelos que tem à volta, foca-se na doença, procura com ansiedade a patologia e o diagnóstico, fugindo da pessoa do paciente com quem não consegue mais interagir. Vive momentos de verdadeira esquizofrenia educacional, em dupla personalidade que atenta ao aumento de conhecimentos e cumprimento de tarefas pelas quais será avaliado, deixando de lado algo que, no fundo, deveria ser a verdadeira avaliação e o certificado de excelência profissional: a satisfação do paciente que se encontra sob os seus cuidados. Um desconforto toma conta do aluno, já quase médico, que coloca sua última esperança numa especialização –um conhecimento profundo de um setor particular da medicina- como recurso que venha sarar uma formação mal resolvida.

Enquanto refletimos o quanto pode ser triste visualizar a especialização como um refúgio de deficiências e não, como deveria ser, como o coroamento de uma formação integral do futuro médico, voltamos nossa atenção para a questão inicial, aquela que, quando iniciante o estudante reputava como algo óbvio, que “qualquer médico poderia fazer”. Agora, superada a inocência, repara que não é qualquer médico quem consegue cuidar no amplo espectro que a cartilha do médico de família aponta. Pelo menos não os médicos que ele vê todos os dias. E, quando encontra algum que se aproxima desta atitude ideal, um especialista que é um modelo de médico, querido pelos pacientes, dedicado e atento, alegra-se e proclama aos quatro ventos que sim, que também um especialista pode fazer isso que o médico de família toma como padrão de qualidade. Não repara o nosso maltratado aluno que aquele colega especialista, notável exceção no cenário que lhe rodeia, é na verdade um autêntico herói que, sozinho, em esforço de auto-didata e de auto-reflexão constrói o seu saber médico específico em paralelo com as características próprias do simples ser médico. Pensar que qualquer um, sendo especialista, pode fazer isso, e mais sozinho é, no mínimo, simplificar a questão, já que o que a sociedade lhe cobrará será competência científica específica, habilidades da sua especialidade, ficando o resto da sua formação médica por conta própria, em esforço paralelo e, a maior parte das vezes, contrário ao ambiente que lhe circunda.

O Médico de Família não é como pessoa necessariamente melhor do que o colega herói que o nosso aluno-quase-médico encontrou. Pode até possuir menor envergadura humana, menos qualidades. Mas a metodologia científica que a Medicina de Família lhe traz, e a reflexão exigida na prática da especialidade, lhe ajuda a construir esse *minimum* aceitável que lhe capacita como cuidador de pessoas. É na pessoa, não na doença onde radica a essência da Medicina de Família como especialidade médica. Resumindo com outras palavras: se todo médico poderia hipoteticamente cumprir os requisitos da cartilha do médico de família antes enunciados, para o especialista supõe um esforço suplementar que deverá realizar sozinho e paralelo às suas competências profissionais; para o médico de família trata-se do núcleo essencial da sua atuação, e dos valores e da filosofia da especialidade na qual atua.

Arte Médica, Medicina de Família e Educação Médica.

A discussão até aqui levantada desemboca necessariamente duas questões que hoje são lugar comum, mas nem por isso bem resolvidas. Primeiramente, o tema da humanização da medicina –como dizendo, por favor não esqueçam do doente enquanto estão entretidos com as doenças; em segundo lugar a dupla vertente da medicina como ciência e arte. Deixando de lado a humanização que já abordamos em outro lugar⁵ vale a pena tecer uma rápida consideração sobre a arte médica.

Vivemos dias de obsessão pela ética e pela qualidade. O termo obsessão, com toda a evocação que traz de elemento patológico é escolhido de propósito. Na verdade, a ausência de uma formação ética habitual, fisiológica poderíamos dizer, que comporta também a qualidade do ser humano, faz com que surjam verdadeiras tentativas “intensivistas” de ética, uma ética do mutirão. Comprova-se que o problema é falta de ética, de consciência –na verdade, falta de virtudes- e tenta-se desesperadamente um curso intensivo de final de semana, para apagar o incêndio. Uma ética de “bombeiros”, com todo respeito para o profissional que trabalha com estas emergências. Com a arte médica acontece algo análogo no cenário educacional médico. E chamamos de volta o nosso aluno, interlocutor necessário na exemplificação destas questões em debate.

A desatenção para com o doente, distraído como está com o mundo fascinante das doenças, deixa o nosso aluno incomodado e alerta na procura de alguma solução. Não é raro que se depare com a frase que mesmo soando bem nada resolve: “A medicina é ciência e arte; por isso temos que humanizar o trato com o paciente”. E ele, que entre estudos e tarefas a cumprir mal tem tempo para viver, se pergunta onde se aprende isso. Como adquirir alguns conceitos sobre a arte médica, que podem funcionar como tábua de salvação? Fazer um

curso rápido de Psicologia? Um grupo da auto-ajuda talvez? Um Congresso que venha debater estas questões específicas? Desconcerto total.

Seria de grande valia que alguém lembrasse ao nosso desconcertado aluno das percepções que naturalmente tinha quando nos primeiros anos, momentos em que nada sabia de medicina –um volume de conhecimentos médicos mínimos– mas que conseguia falar e conversar com o paciente. Não tivesse deixado isso de lado, tivesse continuado a desenvolver essa dimensão que possuía naturalmente como pessoa, a arte médica que agora procura desesperadamente estaria do seu lado, integrando conhecimentos, fazendo-lhe presente o paciente, sem estridências nem mutirões de aprendizado, em desenvolvimento fisiológico. Isso que ele percebia nos inícios do curso era o embrião da arte médica. Um embrião que, descuidadamente, foi abortado pela avalanche de conhecimentos técnicos; não propositadamente mas sim porque ninguém cuidou dele. Esse embrião seria hoje, se bem cuidado e desenvolvido, um recurso necessário –tanto quanto o conhecimento técnico– para cuidar do paciente, para ser médico, para sentir-se médico de verdade, sensação que paradoxalmente cada vez menos pessoas tem mesmo depois de receber o diploma.

O desenvolvimento da arte médica, em paralelo e sinérgico ao aprendizado técnico, tem muito a ver com a Medicina de Família e com o seu papel na graduação médica. Afinal, se o médico de família cuida de pessoas esse médico como educador deve cuidar do aluno também. E o jovem estudante, cuidado deste modo, nota que o crescimento do cabedal dos seus conhecimentos não lhe trará todas as respostas prontas, em versão científica, mas que terá hoje e sempre de crescer na arte médica para ser um médico competente. Dizer que a Medicina tem de ser arte para ser efetiva é reconhecer de modo claro que cada paciente é único, diferente, que requer uma abordagem peculiar não apenas desde a perspectiva da patologia que possui (doença, *disease* em inglês) mas do modo como essa patologia se concretiza nele (estar doente, *illness*)⁶. Um relato comovente, escrito com o coração por uma residente de Medicina de Família torna esta perspectiva transparente e convidativa. ⁷

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 da 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 medos, expectativas, possibilidade, e o que espera de mim.

De modo elegante a Dra. Malterud expõe estas questões num artigo de referência obrigatória.⁸ 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, de utilizar em benefício do próprio paciente. 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 explica-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. Dificilmente o médico para e reflete sobre esta 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 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. Evidentemente, a autora está nos falando de 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 através desta perspectiva qualitativa, fazendo-se também ciência. Deste 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, e 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 supõe portanto aprendizado para se desenvolver proporcionalmente ao conhecimento técnico. O embrião que o nosso aluno possui –a interação singela com o paciente- tem de ser cuidado, nutrido, e desenvolvido no médico adulto em proporção com os outros aprendizados científicos.

Músicos, filósofos e professores: paradigmas da arte médica

Mas a arte médica é sempre criação que surge como resposta ao desafio que o ser humano –sempre único, a surpresa que entra pela porta- nos coloca como médicos. Os conhecimentos científicos, a necessária atualização diagnóstica e terapêutica, o procurar os melhores recursos técnicos para cuidar do paciente são a base onde o outro fator, a experiência e a intuição que compreende a realidade do paciente, intervêm para tomar as decisões clínicas. Uma harmonia que transita entre as evidências científicas e a experiência do profissional para encontrar, nesse momento e com aquele paciente, as melhores soluções para o problema que se lhe coloca.

Este sinergismo harmônico é analisado com originalidade⁹ 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 freqüente conflito com a experiência clínica de quem possui muitas horas de vôo. 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.

Ciência e arte, convivem na Medicina de Família como dois lados de uma mesma moeda. E é de se esperar que o valor indicado em cada lado da moeda –ou da nota- seja o mesmo. Desconfiaríamos de uma moeda que indicasse valores diferentes para a face científica e para a artística da moeda. Ou crescem em paralelo desenvolvimento ou certamente aquela moeda é falsa. Não teríamos um médico na frente, mas apenas um compêndio de conhecimentos sem utilidade quando de tomar decisões se trata.

A criatividade da arte amparada pelo conhecimento científico não é privilégio exclusivo da ação clínica. Os filósofos e professores também atuam de modo análogo. Julian Marias¹⁰ conta numa entrevista as conversas que tinha com o seu mestre, Ortega y Gasset, sobre a arte de dar conferências. E afirma que aprendeu com ele que uma boa conferência deve ser uma “improvisação bem preparada”. Estar armado, saber o que se vai dizer, ter claro o conhecimento a ser transmitido; mas quando na frente da platéia surge a necessidade de criar para adaptar-se ao ouvinte, pois como o próprio Ortega afirmava, importa

saber não só o que se fala mas com quem se está falando. E como a Medicina de Família se constrói também com narrativas e histórias de vida, não é possível evitar o comentário de um outro bom amigo, médico antigo de bairro, conhecedor do ser humano. Dizia ele que para ensinar latim para o João –isto na época em que se ensinava latim no colégio- não bastava saber latim, mas era preciso conhecer o João.

A Medicina de Família chama a si esta missão na construção do futuro médico, através da metodologia que lhe é familiar. O aluno é estimulado a desenvolver o embrião da arte médica –as percepções que possui nos primeiros momentos da sua formação universitária- ao tempo que vai integrando os conhecimentos técnicos que adquire nas disciplinas convencionais. Através do exemplo, de ver outros fazer, de fazer junto, de fazer sob supervisão, é estimulado no contato com o paciente a colocar em jogo todo o seu saber e a dar vazão às percepções, assim como a desenvolver as técnicas que lhe permitem relacionar-se com o seu paciente. Assume responsabilidade pela saúde do paciente, cuida até onde sabe e pode, solicita ajuda e supervisão nos aspectos que ainda desconhece, motiva-se para estudar com afinco como resposta concreta para ajudar melhor ao paciente que confia nele. Essa é a resposta que o aluno pode dar como compromisso profissional quando começa a cuidar do paciente: estudar com profundidade, procurar as melhores soluções, exercer desde o início a harmonia do *Clinical Jazz*. Resulta assim evidente o quanto de artesanal tem a formação proporcionada pela medicina de família. E nada tem de estranho pois é artesanalmente, com o auxílio dos mestres, como nas velhas corporações de ofício se aprendiam as profissões e as artes. Se a medicina é arte não pode nem quer fugir deste modelo pedagógico consagrado.[11](#)

Uma simples pergunta

Tudo seria muito mais simples, e muitas das explicações aqui presentes desnecessárias se a Medicina de Família tivesse já o seu lugar próprio na academia, nas escolas e faculdades de Medicina, como é o caso das outras especialidades. Pensemos, por exemplo, a modo de hipótese, no poder vocacional de uma escola médica para uma determinada especialidade –valha neurologia, otorrinolaringologia, ou cirurgia de cabeça e pescoço- se essas disciplinas estivessem ausentes no curso de graduação do curriculum médico. Como é possível angariar profissionais para especialidades que não são mostradas durante os anos de formação acadêmica? Se o estudante de medicina não toma contacto, na prática, com o dia a dia do médico de família, se não vê este profissional atuar e, como seria desejável na universidade, amparado pelo respaldo de um departamento que sistematiza a metodologia e promove a pesquisa, como é possível promover vocações reais de médicos de família? Como é possível recrutar estudantes para uma especialidade ausente da escola médica? Ou, pior ainda, quando presente, em programas de

residência ou cursos de especialização, onde a Medicina de Família se encontra mais no nome do que no conteúdo? E que esperar se estes programas são conduzidos por colegas esforçados e competentes nas suas respectivas áreas de trabalho, que não são propriamente medicina de família, e portanto alheios ao núcleo dos princípios e valores desta especialidade? O resultado não pode ser outro que a decepção e a falta de motivação do estudante que entende haver uma falta de coerência na construção de uma especialidade, algo muito próximo da falta de seriedade. E o que não é sério nunca atrai o estudante, ávido de progresso, disposto a comprometer a vida com projetos de altura. A história mostra exemplos equivalentes dos quais devemos aprender. Basta pensar que se hoje em dia, nos ambientes universitários, fosse o Neurologista ou Neurocirurgião quem por “ter alguma afinidade” cuidasse dos transtornos afetivos, ou conversivos, ou das esquizofrenias, dificilmente algum estudante se prontificaria a dedicar sua vida à psiquiatria, por entender que não se lhe dá a suficiente credibilidade por parte da academia.

A Medicina de Família está hoje ausente da graduação nas escolas médicas, e os que estamos envolvidos com ela sabemos ser esta uma missão a realizar. O convencimento pessoal –fruto do que temos vivido nos últimos anos do contato com os estudantes de medicina - de que a Medicina de Família, com a metodologia que lhe é própria, pode colaborar como um recurso valioso na formação integral do acadêmico durante a graduação no curso médico, tem sido exposto amplamente em outros cenários de discussão.[12](#),[13](#),[14](#),[15](#) . Mas vivemos tempos de pioneirismo, e não é possível esperar a que tudo esteja pronto para instalar a disciplina na academia. Até porque provavelmente os que venham a fazer isto sejam os estudantes que hoje, no princípio do milênio, fazem da Medicina de Família um norte para sua formação, quando não verdadeira motivação que alimenta o desejo de serem médicos. Caberá a eles, com certeza, cumprir com o compromisso de abrir as portas da Universidade para a Medicina de Família. Nestes momentos toda a nossa preocupação volta-se para a formação destas lideranças de estudantes, verdadeiros formadores de opinião, a quem o futuro reserva de certo um papel importante no desenvolvimento da Medicina de Família no Brasil.

* Doutor em Medicina. Membro Fundador e Diretor Científico da SOBRAMFA- Sociedade Brasileira de Medicina de Família.

- 1 FREEMAN (2002)- Essence of family practice is unchanged. *KUMed*-vol.54 ,n.2, 20-21
- 2 CLENDENING, L. (1929) – Has the specialist failed? – *KU Outlook*, July 10, 1929
- 3 KENNEDY, M. (2002)- Why has specialism failed? – *Kansas Family Physician*, Summer 2002
- 4 GRUMBACH,K (2003)- Chronic Illness, Comorbidities, and the Need for Medical Generalism. *Annals of Family Medicine*. 1: 1, 4-6
- 5 BLASCO, PG (2001)- “A Medicina de Família: Um Caminho para Humanizar a Medicina”, *Revista Notandum*- 9, pp 51-60, São Paulo, 2002.(<http://www.hottopos.com>)
- 6 KLEINMAN, A; EISENBERG, L; GOOD, B (1978) Culture, Illness, and Care. Clínic Lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research..*Ann Int Med* 88:251-258
- 7 KAVORKIAN, V. (2001)- What is a Physician? *Fam Med* 2001:33 (2); 93-4
- 8 MALTERUD,K. (2001) – The art and science of clinical knowledge: evidence beyond measures and numbers. *Lancet* 358: 397-400.
- 9 SHUGHNESSY, AF; SLAWSON,DC; BECKER, L (1998) – Clinical Jazz: Harmonizing Clinical Experience and Evidence-Based Medicine. *J.Fam.Pract* 47:425-428
- 10 MARIAS, J. (1999). Entrevista in *Revista Videtur* n.8, pp. 51-56 Ed. Mandruvá. São Paulo. (<http://www.hottopos.com.br>)
- 11 BLASCO,PG; MORETO,G; RONCOLETTA, A; LEVITES, M; AZEVEDO, R (2001) “*Accompanying Family Doctors: Innovative Learning Model for Brazilian Medical Students*”, Scholastic Poster. Conference Program. Society of Teachers of Family Medicina, 34th Annual Spring Conference, Denver, Colorado, USA. Abril –Maio 2001.
- 12 BLASCO, P.G. (1997). *O Médico de Família, hoje*. Sobramfa. São Paulo.
- 13 BLASCO, P.G. (1998). El médico de família: Medicina y Persona Humana. *Cuadernos de Bioética*. Vol IX. N. 34, 2^a 1998. Santiago de Compostela. Espanha.

[14](#) BLASCO, PG (1997) Medicina e Pessoa Humana; Revista Mirandum , Ano I, n.2 pp 47-64 (<http://www.hottopos.com>), São Paulo, 1997

[15](#) BLASCO. P.G (2002) *Medicina de Família & Cinema: Recursos Humanísticos na Educação Médica*. Ed. Casa do Psicólogo, São Paulo. 2002