

Ricardo Raffa Valente  
Antonio Paulo Nassar Júnior  
Marcelo Rozenfeld Levites  
Pablo Gonzáles Blasco

# Medicina de família: um corpo próprio de conhecimentos

A primeira metade do século 20 foi marcada pelo surgimento das principais especialidades médicas nos países desenvolvidos. A partir de 1930, houve um declínio acentuado do número de generalistas. A tendência em direção à especialização acentuou-se após a II Guerra Mundial, com o desaparecimento quase total dos médicos generalistas das escolas médicas. No entanto, essa fragmentação trouxe como efeito colateral a deterioração da relação médico-paciente. Assim, o crescimento das especialidades, com o natural aprofundamento nas doenças específicas, fez com que a maioria dos médicos estivesse atenta ao progresso técnico e ao manejo das novas doenças. Perde-se o foco na pessoa para centrar-se na doença e corre-se o risco natural de que a profissão médica deixe de atender às necessidades mais preeminentes da sociedade. A resposta veio décadas depois na busca pelo desenvolvimento de um novo tipo de médico generalista, como mostram uma série de estudos norte-americanos na década de 60. A mesma tendência ocorria no Canadá, Grã-Bretanha, Austrália e Holanda.<sup>1</sup>

O movimento para a criação (ou recriação) dessa nova especialidade médica foi, portanto, resultado da combinação da preocupação de profissionais e da sociedade e intencionava preservar um modelo de médico que permitiria que o paciente e não a doença fosse o seu foco.<sup>2</sup> Esse novo profissional foi chamado de *médico de família*. A *medicina de família* seria o corpo de conhecimentos em que a prática deste médico estava baseada, uma nova disciplina que ganhava espaço nas universidades. Esta disciplina é o foco da presente revisão.

Toda disciplina científica possui um embasamento teórico que permite a prática diária e a solução de problemas do cotidiano. Quando surge um

assunto que não se enquadra dentro desses referenciais, faz-se necessária a construção de um novo embasamento de referenciais teóricos que contemple esse assunto. Este novo embasamento de referenciais teóricos denomina-se paradigma.

O surgimento de um novo paradigma, quando aceito pela comunidade científica, é o ponto de partida para uma nova disciplina científica. Para ser considerada uma disciplina científica deve ter sua própria produção científica, caminhos de pesquisa, publicações e tratados.

No entanto, desde o surgimento de um novo paradigma até a instalação da disciplina científica, há o que chamamos de período de acomodação, tempo durante o qual a comunidade científica testa de algum modo os novos assuntos, tentando encontrar soluções com base nos recursos conhecidos e aceitos até o momento.

## O corpo de conhecimentos da medicina de família

O paradigma da medicina de família tem como núcleo o relacionamento; é uma abordagem médica baseada no relacionamento, nas pessoas. O paciente passa a ser o protagonista de um processo interativo.<sup>3</sup>

O relacionamento do paciente com o especialista é justamente a doença, o problema de saúde concreto que faz ir até ele. O relacionamento com o médico de família não é um problema de saúde determinado, mas pode ser qualquer um, qualquer afecção. Por exemplo, quando temos dor de cabeça, procuramos um neurologista, quando nos falta o ar, podemos ir ao pneumologista ou ao cardiologista, mas, quando passamos mal, para que médico devemos ir? O médico de família é o pro-

fissional que o paciente pode sempre procurar sem necessidade de ter um prévio diagnóstico da doença que lhe acomete. É, em palavras de um velho professor, o médico do “passar mal”, aquele que as pessoas procuram quando simplesmente passam mal. Independentemente do que aflige o paciente, o médico de família se interessa por tudo, resolve boa parte dos problemas e acha saídas para os restantes. O paciente, sua família e o entorno é o começo e o próprio fim do campo de conhecimento do médico de família.<sup>4</sup>

Diante dessas circunstâncias, faz-se necessário que a medicina de família possua um caráter reflexivo, pois, desse modo, o profissional pode analisar as experiências, avaliar os fundamentos nos quais se assenta e redefinir funções e papéis dentro da atenção à saúde, não perdendo, portanto, o foco da sua atuação: o doente, ou melhor, as pessoas.

Nesse contexto reflexivo, uma definição para o médico de família seria “o generalista que assume a responsabilidade profissional pelo cuidado amplo de pacientes não selecionados previamente, sejam quais forem seus problemas de saúde, comprometidos com a assistência à pessoa enferma, independentemente da sua idade, sexo, doença ou síndrome que a acometa”.<sup>5</sup> O médico de família cuida do indivíduo no contexto da sua família e da família no contexto da comunidade. É clinicamente competente em prover “grande parte do cuidado”. Os princípios da medicina de família podem ser sumarizados em:<sup>6</sup>

1. a relação médico-paciente é central para o médico de família;
2. é o médico pessoal do paciente e deve servir como porta de entrada para o sistema de saúde;
3. o médico de família é um clínico competente;
4. promove o cuidado contínuo do paciente, incluindo a coordenação geral do atendimento quando diversos especialistas estão envolvidos e o encaminhamento a esses, se necessário;
5. promove cuidados físicos, emocionais e sociais aos pacientes no contexto da sua família e comunidade.<sup>7</sup>

Portanto, o que mantém o médico de família fiel ao seu compromisso é a atitude reflexiva do profissional que sabe descobrir diariamente que a sua presença como médico faz diferença na vida de uma pessoa (paciente). A compreensão de todos esses fatores faz do médico de família um ser que se adapta, ou seja, um profissional marcado pela flexibilidade da sua atuação. Nas palavras de um ex-vice-presidente da Academia Americana de Medicina de Família: “Somos a interseção entre a cura e o cuidado, entre a

tecnologia e a confiança, entre as forças econômicas e a igualdade social”.<sup>8</sup>

O médico de família deve, portanto, ser ensinado e treinado ao lado da comunidade, porque é nesta, e não em centros universitários, onde estão os problemas de saúde que deve saber conduzir de forma eficaz.<sup>9</sup>

## A função do médico de família

A medicina de família não pretende tirar o lugar de nenhuma especialidade médica ou extinguir, por exemplo, o clínico geral. Ela surgiu para colaborar com as demais especialidades médicas, colocando-se a serviço da medicina, com o objetivo único de beneficiar o paciente. Esse fato é relatado quando se mostra que o médico de família tem o foco de sua atuação no atendimento ambulatorial longitudinal, com ênfase na prevenção e aspectos psicossociais do cuidado, diferentemente do clínico geral que tem seu foco no atendimento vertical, com ênfase na fisiopatologia das doenças.<sup>10</sup> Assim, a medicina de família propõe-se a atuar junto ao paciente.

A ação longitudinal, centrada no paciente e não na doença, faz com que o médico de família tenha também uma atuação peculiar junto ao aluno de medicina, que visa formar um profissional moderno, que atenda as expectativas da população, atento para o processo de educação continuada e que seja um líder. Se, junto do paciente, o médico de família atua como consultor em saúde, como cuidador longitudinal que, por estar centrado na pessoa do paciente, pode auxiliá-lo sempre, independentemente da queixa ou doença que lhe acometa, junto do aluno também desempenha um papel integrador. Não é pelo conteúdo específico que transmite ao aluno que se distingue o médico de família como educador, mas pelo modo como transmite. Uma transmissão que está centrada no aluno, no estudante, que vem auxiliar a integração dos conhecimentos adquiridos para, com eles, colocar-se a serviço do paciente com eficácia e resolutividade. Medicina centrada no paciente, educação centrada no aluno. Aqui encontramos a dimensão educacional do médico de família, pois esse profissional é sempre um educador, seja do aluno em formação, seja do paciente ou da comunidade.<sup>11</sup>

O médico de família deve ainda ter um papel integrador, incorporando de modo prático o progresso técnico e evidências científicas, interagindo com o contexto vital do paciente para compreendê-lo e atuando de maneira reflexiva.<sup>4</sup>

Aparecem neste momento, com nitidez, os componentes básicos do corpo de conhecimentos e

da prática da medicina de família, os chamados “quatro pilares”:<sup>3,4,12</sup>

1. atenção primária à saúde;
2. educação médica;
3. humanismo, o qual é fundamental para o processo de reflexão profissional e de educação médica, e
4. a formação de lideranças.

## Considerações finais

O Brasil vive um momento especial no que se refere ao contexto da saúde. Também aqui o crescimento das especialidades médicas e seu foco na doença levaram a uma deterioração da relação médico-paciente. Diversas vezes, o paciente vê-se entre vários médicos, sem, ao mesmo tempo, ter nenhum; ou, em situação pior, ao apresentar um sintoma qualquer ter que decidir qual especialista procurar.

O Programa de Saúde da Família (PSF), cada vez mais presente nas cidades brasileiras, é ainda visto pela comunidade científica com receio. O fato se explica porque, mesmo se tratando de uma oportunidade para desenvolver a medicina de família, os profissionais inseridos neles – especialmente o médico – não estão preparados satisfatoriamente. Encarando-se como um emprego bem remunerado, fruto de uma política de saúde bem-intencionada, cor-

re-se o risco de que sejam profissionais despreparados os que ocupam estes locais de trabalho. Uma especialidade não se constrói com restos, quer dizer, com profissionais que almejavam trabalhar em outras especialidades, mas, por vicissitudes da vida, não conseguiram fazê-lo. Estaríamos diante de um médico de segundo escalão, sem preparo. Urge construir a medicina de família como o que é realmente: uma especialidade médica bem definida e, neste contexto, vocacionar os estudantes e jovens profissionais para que ocupem as posições que as políticas de saúde oferecem. Desta maneira, o médico de família, como especialidade e não como um emprego provisório, surge para suprir um importante papel no sistema de saúde e, mais ainda, na vida do paciente: poder ser o médico que o paciente chama com propriedade de “o meu médico”.

**Ricardo Raffa Valente.** Acadêmico da Faculdade de Ciências Médicas da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

**Antonio Paulo Nassar Júnior.** Acadêmico da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

**Marcelo Rozenfeld Levites.** Médico de família. Diretor de Divulgação e Relações Públicas da Sociedade Brasileira de Medicina de Família.

**Pablo Gonzáles Blasco.** Médico de família. Diretor científico da Sociedade Brasileira de Medicina de Família.

## Referências

1. McWhinney. The Origins of Family Medicine. In: McWhinney IR, editor. A textbook of family medicine. 2<sup>nd</sup> edition. New York: Oxford University Press; 1997. p.3-12.
2. Graham R, Roberts RG, Ostergaard DJ, Kahn NB, Pugno PA, Green LA. Family practice in the United States: a status report. JAMA. 2002;288(9):1097-101.
3. Blasco PG. O encontro com a Medicina de Família: respostas em forma de sistemática. In: Blasco PG, editor. Medicina de família e cinema: recursos humanísticos na educação médica. 1<sup>a</sup> ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002. p.76-86.
4. Blasco PG. As origens da Medicina de Família. In: Roncoletta A.FT, Moreto G, Janaudis M, Leoto R, Blasco PG, Levites MR, editores. Princípios da Medicina de Família. São Paulo: Ed. SOBRAMFA; 2003. p 33-58.
5. Stephens GG. The intellectual basis of family practice. J Fam Pract. 1975; 2(6):423-8.
6. Phillips WR, Haynes DG. The domain of family practice: scope, role, and function. Family Medicine. 2001;33(4):273-7.
7. Boelen C, Haq C, Hunt V, Rivo M, Shahady E. Improving health systems: The contribution of Family Medicine; a Guidebook. Singapore: Wonca (World Academy of Family Doctors), Bestprint publications; 2002.
8. McWhinney IR. The importance of being different. Part 2: Transcending the mind-body fault line. Can Fam Physician. 1997;43:404-6.
9. Geyman JP, Bliss E. What does family practice need to do next? A cross-generational view. Fam Med. 2001;33(4):259-67.
10. Green LA, Fryer GE, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. N Engl J Med. 2001;344(26): 2021-5.
11. Wiest FC, Ferris TG, Gokhale M, Campbell EG, Weissman JS, Blumenthal D. Preparedness of internal medicine and family practice residents for treating common conditions. JAMA. 2002;288(20):2609-14.
12. Gray GR. Teaching patient-centered care. Fam Med. 2002;34(9):644-5.

## Informações

Local onde o trabalho foi desenvolvido:  
Sociedade Brasileira de Medicina de Família.

Endereço para correspondência:  
Marcelo Rozenfeld Levites  
Rua das Camélias, 637 – Mirandópolis  
São Paulo/SP – CEP 04048-061  
Tel. (11) 5583-3539/5589-7678  
E-mail: mlevites@uol.com.br

Fontes de fomento: Nenhuma declarada.  
Conflitos de interesse: Nenhum declarado.  
Data de entrega: 25/8/2003  
Data da última modificação: 11/12/2003  
Data de aceitação: 13/1/2004

## Destaques

- A tendência da medicina à especialização levou à degradação da relação médico-paciente.
- A medicina de família é a disciplina que embasa a prática do médico de família e assenta-se sobre quatro pilares: atenção primária, educação médica, humanismo e liderança.
- No contexto brasileiro atual, o médico de família passa a ter uma importância fundamental.