
FORMAÇÃO EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

Maria Inez Padula Anderson¹ Ricardo Donato Rodrigues¹

Palavras-chave: Medicina da família e comunidade; Médicos de família.

PRIMÓRDIOS DA CRIAÇÃO DE PROGRAMAS DE FORMAÇÃO EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE NO BRASIL

A Formação em Medicina de Família e Comunidade (MFC) teve início no Brasil em 1976, quando foram criados três programas de residência médica que tinham como propósito formar especialistas no campo da Atenção Primária à Saúde (APS). No Rio de Janeiro, o programa instituído na Universidade do Estado (Uerj) recebeu a denominação de Medicina Integral. Simultaneamente, em Vitória de Santo Antão, próximo a Recife, sob a chancela da Universidade Federal de Pernambuco, e em Porto Alegre, no Serviço Comunitário Murialdo, foram criados dois Programas de Residência em Medicina Geral Comunitária (PRMGC), denominação que se tornou obrigatória após a regulamentação destes programas pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), em 1981¹.

Entretanto, praticamente todos os programas de residência médica constituídos até então estavam voltados para a formação de especialistas focais, visando suprir as necessidades do modelo assistencial hospitalocêntrico, hegemônico no País. Portanto, aqueles programas pioneiros de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC), denominação que passou a vigorar após nova Resolução da CNRM em 2001, foram instituídos na contramão das políticas de saúde e educação, àquela altura inteiramente voltadas para os níveis secundário e terciário de atenção à saúde.

O progresso científico experimentado no campo das biociências a partir da década de 1950 e a crescente incorporação de tecnologias industrialmente produzidas

no âmbito da prática médico-hospitalar reforçavam o papel central de especialistas focais e o prestígio de um modelo assistencial tecnicista que no Brasil girava em torno da medicina previdenciária.

Neste cenário, o próprio prestígio profissional e o valor de remuneração dos procedimentos médicos aumentavam de acordo com a densidade de tecnologias industrialmente produzidas incorporadas aos respectivos atos, tornando mais atrativo trabalhar num centro de terapia intensiva do que numa enfermaria. Ladeira abaixo vinha sucessivamente o ambulatório, o Centro de Saúde e, finalmente, um conjunto heterogêneo de unidades comunitárias.

O flagrante desprestígio da APS, diante desta verdadeira ideologia de excelência médica constituída em torno da medicina hospitalar, caiu pesadamente sobre os programas pioneiros de RMFC. Mais do que descrédito, havia obstáculos e resistências que, em alguns círculos persistem até os dias de hoje.

SISTEMAS DE SAÚDE EM CRISE CONSPIRAM A FAVOR DA MFC

A medicina científica, como se sabe, nasceu nos hospitais entre os últimos anos do século 18 e o despertar do século 19, mas a organização de sistemas de saúde com base no modelo hospitalar de medicina tornou-se alvo de uma avalanche de problemas. Paradoxalmente, tais problemas se avolumaram à medida que a humanidade passou a experimentar um progresso sem precedentes na história da biotecnologia em saúde.

Estes avanços no campo biotecnológico têm permitido à medicina alcançar êxitos realmente fantásticos no

¹Sociedade Brasileira de Medicina de Família & Comunidade.

tratamento de problemas selecionados de saúde. Sobre tudo no tocante ao diagnóstico, controle e reversão de lesões e alterações fisiopatológicas que no curso das doenças acometem estruturas orgânicas de modo crítico a ponto de ameaçar a própria vida. Mas estas conquistas dependem do emprego suficientemente hábil de tecnologias e procedimentos que exigem o desenvolvimento de competências tão seletivas que comprometem a capacidade de intervenção profissional em áreas estranhas a seu campo de treinamento e especialização.

Os modelos assistenciais hospitalocêntricos, que se caracterizam por uma Atenção Primária frágil e precariamente estruturada, são menos eficazes² e habitualmente expõem tais especialistas focais a situações muito diversas daquelas para as quais foram treinados. Os resultados dessa inadequação são bem conhecidos. A começar pelo uso indiscriminado de tecnologias industrialmente produzidas para investigar, confirmar ou afastar uma hipótese diagnóstica ou, apenas, para assegurar-se da normalidade do funcionamento de algum subsistema orgânico³.

Até os países economicamente mais desenvolvidos estão empenhados em conter a espiral inflacionária de custos e gastos decorrentes da realização de procedimentos médico-hospitalares tantas vezes considerados desnecessários ou supérfluos, para não dizer iatrogênicos. Sabe-se também que, ultrapassado certo patamar, o gasto crescente com assistência médico-hospitalar não provoca impacto positivo nos indicadores de saúde⁴. Pode, contudo, afetar severamente a equidade, comprometendo a extensão da cobertura assistencial a ponto de tornar, no mínimo, penoso o acesso aos benefícios do progresso da ciência e tecnologia, sobretudo para os segmentos mais pobres da população mundial. Este acúmulo de problemas não tem deixado de provocar, enfim, um sentimento generalizado de insatisfação com os rumos da saúde no mundo.

Neste cenário, muitos países passaram a ensaiar mudanças em seus sistemas de saúde. No rastro dessas mudanças surgiram condições favoráveis ao florescimento simultâneo de experiências inovadoras no campo da prática médica, como os programas de Medicina Comunitária, Medicina de Família e Medicina Integral, assim como no plano da educação médica, particularmente no tocante ao ensino da Medicina Preventiva.

No Brasil não foi diferente. Nos últimos anos da década de 1960, entendendo que o ensino médico no País estava voltado para o atendimento hospitalar de enfer-

midades raras em detrimento das necessidades de saúde da maioria da população, o movimento estudantil disparou um processo participativo de reforma curricular só interrompido em consequência de ações repressivas adotadas pelo regime autoritário, então no poder.

Em meados dos anos 1970, diante do rápido aumento da demanda de serviços médico-hospitalares devido à expansão do seguro social a novas categorias de trabalhadores, a necessidade de estender o modelo assistencial previdenciário levou a Previdência Social a estabelecer convênios com instituições tanto filantrópicas quanto públicas, inclusive com hospitais universitários. Em busca de alternativas, foram criados os primeiros PRMFC no País.

CRÍTICAS E RESISTÊNCIAS À IMPLANTAÇÃO DE PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

A criação dos primeiros PRMFC carregava a esperança de contribuir para deslocar o foco do ensino médico e da prática médica para fora dos hospitais. Inclusive dos hospitais, universitários e de ensino, que muitos eximem de responsabilidade com a população local e com a APS sob o pretexto de serem centros de referência.

Desde cedo, estes programas passaram a conviver com numerosas restrições e intensas dificuldades. Mas tais restrições não ficaram presas ao passado. Ao contrário, tornaram-se recorrentes os questionamentos dirigidos a programas de pós-graduação que fogem à regra, que não estão sintonizados com as práticas hegemônicas, seja em termos acadêmicos ou assistenciais⁵.

Entre as questões recorrentes na literatura e em círculos de debate sobre a necessidade de instituir programas de residência na área da Atenção Primária, aí incluída Medicina de Família e Comunidade, encontra-se uma tese que atribui aos cursos de graduação inteira responsabilidade pela formação de médicos com as competências necessárias para atuar no nível da Atenção Primária. Subjacente a essa tese está o conceito de terminalidade do ensino de graduação, que, no debate acadêmico, tem servido de argumento para questionar a pertinência de programas de residência em Medicina de Família e Comunidade, quando não da própria especialidade médica. Não foi por outra razão que, nos estertores dos anos 1990, a CNRM chegou a considerar a então Residência em Medicina Geral Comunitária como um programa a

ser extinto, admitindo, apenas, recredenciar programas enquanto os cursos de graduação não fossem capazes de cumprir seu suposto papel.

Não cabe questionar a terminalidade do ensino de graduação. Sob nenhum pretexto a escola médica pode fugir à grave responsabilidade de formar, em seis anos de curso, um profissional adequadamente preparado e qualificado. O egresso deve ter, sim, competências básicas para atuar em qualquer ramo da medicina, conforme dispõem as atuais Diretrizes que regem o ensino de graduação, desde que acolhido numa equipe de trabalho, de modo a compartilhar sua prática com colegas mais experientes.

Em outras palavras, há de se garantir a esse jovem e pouco experiente recém-formado a oportunidade de desfrutar um período de amadurecimento, de transição, tanto mais produtivo e menos traumático, para si e para outros, à medida que for acolhido num ambiente organizado com tal fim. Para tanto, a inteligência sanitária internacional instituiu os Programas de Residência Médica, modalidade de pós-graduação eminentemente prática, que a experiência mundial aprovou.

Além do treinamento em serviço, a regulamentação destes programas (a cargo da CNRM, no Brasil) estabelece a obrigatoriedade de aprofundamento teórico nas respectivas especialidades médicas, quando não a realização de projetos de pesquisa e produção de novos conhecimentos. Por último, vale notar que tal dimensão acadêmica desses programas contribui para desenvolver uma cultura extremamente favorável à realização de avaliações independentes, de políticas e programas assistenciais, estratégia considerada de grande importância para o aperfeiçoamento de sistemas de atenção à saúde.

Entretanto, um segundo obstáculo dificultava o processo de implantação e consolidação de Programas de Residência em MFC. Era um obstáculo, que também subsiste em alguns círculos, ligado à idéia de que no âmbito da APS são atendidas condições de saúde menos complexas, problemas a tal ponto simples que seria desnecessário implementar um programa de residência nesta área. Neste conceito, os problemas supostamente mais complexos deveriam ser desviados para os centros de Atenção Secundária ou Terciária, considerados os mais especializados de um sistema hierarquizado em níveis crescentes de complexidade.

Esta concepção reducionista de APS justificava a existência de programas assistenciais de baixo custo, dirigidos

com exclusividade a populações carentes e marginalizadas do progresso social. Ou seja, programas de extensão de cobertura de baixa qualidade que confundiam Atenção Primária à Saúde com Atenção Primitiva de Saúde, isto é, com “uma medicina de segunda classe, para cidadãos de segunda classe, prestada por pessoal de segunda classe”⁶.

DO QUESTIONAMENTO À AFIRMAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E DA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

Vale insistir que aquela concepção simplista não faz justiça à complexidade das questões de saúde que se apresentam neste nível do sistema, cujas funções, pautadas nos critérios da universalidade, integralidade e equidade, incluem, minimamente: promover a saúde de pessoas, famílias e comunidades; prevenir a ocorrência de doenças evitáveis; retardar a instalação de agravos crônicos; evitar a ocorrência de complicações precoces de doenças instaladas que carregam o risco de comprometer a autonomia, provocar invalidez ou mesmo a morte prematura das pessoas.

Para tanto, é necessário desenvolver competências que transcendem o paradigma biomédico que, centrado na teoria biotecnológica das doenças, privilegia a dimensão fisiopatológica do processo saúde-adoecimento. No âmbito da APS, é fundamental desenvolver competências para abordar o binômio saúde-doença como um processo condicionado pelo entrelaçamento de fenômenos biológicos, psicológicos e sociais.

Esta compreensão é necessária para o desenvolvimento das competências atribuíveis ao especialista da APS, inclusive no âmbito da clínica. Neste caso, não basta ao médico de família e comunidade diagnosticar a doença de uma pessoa, ainda que essa etapa clínica não lhe possa escapar. Apenas, não é suficiente.

Parece óbvio que, diante de um paciente que procura a unidade de saúde e chega ao consultório queixando-se de dor no peito, com fácies de sofrimento, palidez e aparente sudorese, há que focalizar o atendimento, a começar por uma anamnese absolutamente dirigida. Firmada a hipótese de síndrome coronariana aguda, é mandatório dar início imediato a medidas de proteção da vida. Não basta confirmar um diagnóstico de infarto agudo do miocárdio. Afinal, que artéria se obstruiu? Foi espasmo coronariano? Há indicação de angioplastia ou de outro procedimento de revascularização cirúrgica?

Neste caso, a cirurgia foi um sucesso. Depois de alguns dias, o paciente recebe alta. O que sucede?

Os especialistas da Atenção Secundária e da Atenção Terciária, que foram mobilizados e prontamente atenderam com eficácia este paciente, não estão obrigados a responder esta questão. Mas um especialista em Atenção Primária não tem o direito de se furtar a ela.

Como prever o futuro, estabelecer o prognóstico? Que fatores biológicos, psicológicos e sociais contribuiriam para desencadear o quadro e podem continuar a influenciar a saúde do paciente? Que medidas será necessário adotar nos planos de promoção, proteção e recuperação da saúde desse paciente a partir da alta hospitalar? Até que ponto este episódio passou a afetar a saúde de terceiros, inclusive a evolução clínica de pessoas do círculo de convivência mais íntimo desse paciente?

Responder a tais perguntas pode parecer fácil, mas não é. Entretanto, é vital para gerenciar e dispensar os cuidados indicados de promoção, proteção e recuperação da saúde com eficácia.

Este quadro pode até mesmo ocorrer como desfecho de um processo natural de envelhecimento de uma pessoa que atingiu uma idade muito avançada. Mas pode ter afetado um idoso menos idoso, hipertenso, diabético, sedentário, obeso, ou não. Quem sabe, etilista e tabagista. Também pode ser um idoso daqueles bem brasileiros, que, aposentados, entram no mercado informal de trabalho para garantir sustento próprio ou da família, mas sofrem muito em face das condições adversas de trabalho a que são submetidos, inclusive as ameaças de a qualquer momento perderem o ganha-pão⁷.

Quem irá abrir a porta da casa quando este idoso, mais ou menos pobre, chegar? Que cômodo da casa e que lugar à mesa passará a ocupar? Também importa saber, entre tantas outras coisas, se é um idoso frágil, com déficit cognitivo ou outras formas de incapacidade temporária ou permanente, que precise do auxílio de terceiros para ser cuidado. Neste caso, ainda importa saber as competências técnicas, humanas e sociais, bem como as condições de saúde deste cuidador.

Todavia, diante de pessoas mais jovens, com menos de 60 anos, as indagações não se tornam menos importantes. A sociedade contemporânea tem sido posta à prova de várias maneiras. A desordem urbana afeta um número crescente de pessoas, famílias e comunidades. A dengue, a bala perdida, a guerra do tráfico, a violência

nas ruas, no trabalho e na escola assustam a todos. Ainda há a violência doméstica, que assume tantas nuances, das mais sutis às mais cruéis e repugnantes. Pais e filhos estão expostos a muitas formas de sofrimento físico e moral. Quem não se vê afetado por tudo isto? Um enfartado, aconselhado a caminhar, que mora na rua estreita que leva à boca de fumo?

Importa saber se aquele adulto que acabou de sair do hospital experimenta um intenso conflito familiar ou se integra um casal que vive em plena harmonia. Importa saber a existência de preocupação especial sobre a condição de saúde e comportamento de algum filho, com a saúde do cônjuge, de outras pessoas próximas ou da família. Não se deve ignorar que o egresso do hospital tem vizinhos de rua, de apartamento, de prédio ou condomínio; está conectado a um universo de pessoas que estabelecem relações mais ou menos freqüentes, com maior ou menor intensidade; estabelece dinâmicas e se organiza socialmente. Não se deve ignorar que o mundo do trabalho faz parte das organizações sociais, assim como os padrões de consumo que invadem os lares por meio da mídia. A era da comunicação propaga conhecimentos, até culturas que modelam valores. Inclusive o valor da saúde e o valor da própria vida.

O que significa estar doente para o paciente que deixou o hospital após ter sofrido um infarto agudo do miocárdio e ser operado? E para sua família e seu círculo de amigos? Qual a probabilidade de aderir à orientação médica e seguir corretamente a prescrição farmacológica? Ele compreendeu as recomendações? Estas recomendações lhe parecem fazer sentido? Que esperança alimenta este sujeito? Que medos lhe tiram o sono?

Como saber a respeito dessas e de tantas outras questões? Pode parecer fácil, mas não é.

COMPETÊNCIAS CLÍNICAS DO ESPECIALISTA EM MFC NO ÂMBITO DIAGNÓSTICO

No âmbito da prestação dos cuidados secundários e terciários, a utilização do método clínico para o diagnóstico da doença privilegia e requer um detalhamento objetivo dos sintomas e sinais apresentados pelo paciente, para relacioná-los com as evidências fisiopatológicas e etiopatogênicas encontradas, dispensando tantas indagações adicionais e considerações de outra ordem.

Na Atenção Primária, portanto, é necessário reorganizar o método clínico a partir de critérios que permitam acrescentar outras dimensões ao necessário diagnóstico biomédico da doença. Em outras palavras, na APS é necessário estabelecer o diagnóstico da doença e dos condicionantes envolvidos neste processo, na relação estabelecida entre eles. Mas como abordar tantas questões que dizem respeito à intimidade das pessoas, famílias e comunidades? Também pode parecer trivial, mas não é.

É desnecessário repetir que a clínica da biomedicina não dá conta. Mas é relevante assinalar que tampouco serão capazes de dar conta questionários auto-respondidos, testes de múltipla escolha, inquéritos eletrônicos, entrevistas à distância e outras mais. Mais do que em qualquer outro cenário, a clínica da Atenção Primária compreende que há diversas formas de dizer. Pois existem várias formas de dizer sim e de dizer não. Existem formas de dizer guardando silêncio, falando em voz baixa, ou ao contrário. Quantas vezes questões mais delicadas se manifestam por meio de rubores, suores, tremores. Quantas vezes saltam de olhos marejados ou acompanham um grande pranto. Há uma linguagem não verbal, uma linguagem de gestos, posturas, movimentos, uma linguagem propriamente corporal, repleta de significados.

Afinal, qual era a expressão daquele paciente que tivera um infarto? Seu humor como era? Sobre o que falava ao ser visitado em casa ou recebido no consultório de um médico de família pela primeira vez? Que andar á a imaginar que este médico deseja saber e ouvir?

O interesse que o médico deixa transparecer influencia a narrativa do doente. Assim como acontece com o paciente, há muitas formas de o seu novo médico demonstrar seus interesses. Há formas tanto verbais quanto corporais. Mas também há demonstrações de interesse sinalizadas no ambiente. Anúncios, fotos, informações, cartazes. Até o cuidado com o ambiente, mesmo quando é um local modesto. A questão está em ser mais, ou ser menos, acolhedor.

Aquilo que está sendo acolhido e como está sendo acolhido pelo médico é o ponto de partida para estabelecer uma relação médico-paciente. O acolhimento é, portanto, o momento inicial de um processo de relação por meio do qual se estabelece certo vínculo entre médico e doente. A clínica pautada na biomedicina orienta o discurso do paciente na direção de um cortejo sintomático coerente, modelando uma narrativa sobre a doença. A clínica na APS deve abrir espaço para a construção de

uma narrativa que enfatize os fatores biológicos, psicológicos e sociais envolvidos em cada caso particular – portanto, tudo aquilo que influencia a saúde do paciente naquele momento da sua história pessoal⁸. Para tanto, é fundamental estabelecer uma sólida relação de confiança e vínculo duradouro entre o médico e o paciente.

Em resumo, na APS deve prevalecer uma medicina baseada em narrativa, centrada na pessoa enquanto ser biopsicossocial. Ou seja, deve prevalecer uma Medicina da Pessoa, orientada para a família e a comunidade⁹.

Mas o que vem depois da narrativa?

COMPETÊNCIAS TERAPÊUTICAS DO MÉDICO DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

Há evidências consistentes na literatura segundo as quais o médico de família e comunidade é capaz de atender com elevado padrão de qualidade e resolver pelo menos 85% dos problemas de saúde que afetam pessoas de uma população adscrita, sem distinção de gênero ou faixa etária. Deste modo, é preciso encaminhar aos centros de referência apenas os pacientes com enfermidades mais raras ou que necessitem realizar procedimentos focais com o propósito de diagnosticar e controlar alterações fisiopatológicas em estágio mais crítico¹⁰.

Mesmo quando um especialista em MFC refere seu paciente aos demais níveis do sistema, não desfaz o vínculo com ele. Esta manutenção de vínculo, inclusive na eventualidade de internação, representa um suporte e transmite confiança ao paciente e a sua família, cria oportunidades para reforço da adesão do paciente ao tratamento, facilita a interação entre médicos de família e especialistas focais, e fortalece o papel de gerenciamento da clínica que compete ao MFC.

Esta manutenção de vínculo com o paciente referido também impede a descontinuidade da prestação de cuidados de saúde, que é um dos pontos mais críticos em sistemas com APS desestruturada. E, ao impedir tal descontinuidade, representa uma garantia para a integralidade, pois, ao invés de substituir, permite agregar as ações realizadas nos centros de referência aos cuidados primários que o paciente requer.

Portanto, a manutenção de vínculo com o paciente amplia a responsabilidade terapêutica do MFC e expande seu campo de intervenção clínica, modificando inteiramente o entendimento sobre sua capacidade resolutiva

va. Mais ainda quando se considera que a referência do paciente a um centro de referência não é um caminho sem volta. Do contrário, não seria preciso existir mecanismos de contra-referência. O caso do paciente que sofreu um infarto agudo do miocárdio e foi revascularizado com absoluto sucesso, como já mencionado neste texto, é um excelente exemplo.

A evolução deste paciente não dependerá exclusivamente da qualidade da terapêutica recomendada. Sua adesão ao tratamento já envolve fatores psicossociais decisivos para isto, desde o acesso a medicamentos até a vontade de viver.

Emoções fazem chorar, de alegria ou dor. Provocam lágrimas e tantas outras reações que se manifestam biologicamente. A lágrima talvez seja a mais poética evidência de que a manifestação biológica é sempre uma condensação de expressões¹¹. O especialista em Medicina de Família e Comunidade, iluminado por essa concepção – denominada, com propriedade, paradigma da integridade biopsicossocial –, sabe que não basta diagnosticar a doença para instituir um cuidado adequado no campo da Atenção Primária. Muito menos para instituir ações integradas de promoção, proteção e recuperação da saúde, de pessoas, famílias e comunidades. Para tanto, é necessário desenvolver outras competências coerentes com os princípios da Medicina de Família e Comunidade, particularmente no tocante às áreas de comunicação e saúde familiar e comunitária^{12,13}.

OUTRAS COMPETÊNCIAS DO MFC

Os progressos no campo da educação e a adoção de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, que pouco a pouco vêm sendo apropriadas pela educação médica em geral, tornam-se instrumentos valiosos para subsidiar práticas de educação em saúde nos planos individual, familiar e comunitário, inclusive no que concerne à educação popular em saúde. Ao lado disto, o domínio de competências no âmbito da psicologia médica e na área das dinâmicas de grupo tem possibilitado aos médicos de família instituir proveitosas modalidades de trabalho com grupos e desenvolver práticas motivacionais com significativo impacto no tocante a mudanças de comportamento e de hábitos de vida¹⁴.

O domínio dessas competências pelo médico de família e comunidade parece fazer inteira diferença quan-

do se leva em conta a intensidade das transformações culturais, tecnológicas, científicas e sociais que afetam o cotidiano da humanidade, agitam as ruas, subvertem o mundo do trabalho e chegam aos lares.

É necessário ao médico de família e comunidade estar sintonizado com o impacto dessas mudanças, que também são demográficas, na estrutura e na dinâmica familiar. As próprias crises normativas, ligadas ao ciclo vital das famílias, ganham nuances e adquirem novos significados. Tensões muito mais intensas hão de acompanhar os conflitos que ameaçam as relações intrafamiliares ou os eventos inesperados e abruptos que provocam rupturas na dinâmica familiar, caracterizando as chamadas crises acidentais ou paranormativas. Neste contexto, é indispensável que o médico de família tenha domínio de competências para se antecipar a tais situações, proteger a saúde familiar, contribuir para o aumento da resiliência da mesma e, em último caso, desenvolver competências para mediar conflitos, promover reaproximações e identificar a necessidade de recorrer a um terapeuta de família¹⁵.

Em face do exposto, parece indispensável que, entre outras técnicas, o médico de família seja hábil no manejo da entrevista familiar e no diagnóstico de saúde familiar, que seja atento às mudanças no familiograma e domine as técnicas de intervenção educativa e de apoio às famílias para desenvolver alternativas diante de problemas de saúde.

Desde Alma-Ata os médicos de família e comunidade estão sendo chamados para mobilizar as comunidades em prol da saúde. Nos dias de hoje, são comunidades que experimentam mudanças de várias ordens. Mudanças no campo demográfico e no perfil epidemiológico que afetam diretamente as necessidades de atenção à saúde; mudanças nos padrões sociais e culturais, inclusive nos padrões de consumo, com sensíveis implicações no relacionamento interpessoal, nas condições de vida e nos modos de viver, nas formas de esta comunidade global ou local reagir a situações cada vez mais estressantes. Agora, portanto, é ainda mais necessário que o médico de família e comunidade domine competências que transcendem o diagnóstico epidemiológico, que, obviamente, continua necessário como necessário é o domínio do método clínico centrado no paradigma biomédico.

Também não basta ao médico de família e comunidade desenvolver habilidades em práticas de educação em saúde e educação popular em saúde. Ele deve desenvol-

ver competências para chegar às modernas práticas de terapia comunitária. Mais fundamental ainda é adquirir competências para trabalhar em equipe e desenvolver práticas coerentes com o conceito de intersectorialidade. Levando em conta esta abrangência do seu campo disciplinar, o médico de família e comunidade deve estar atento aos recursos e programas voltados para o desenvolvimento profissional contínuo, inclusive desenvolvendo aptidões para valer-se dos recentes avanços no campo da educação à distância. Vale ainda desenvolver competências para assumir funções tutoriais, de preceptoria de alunos e residentes, para exercer outras funções docentes ou dedicar-se à produção de novos saberes e tecnologias para a Atenção Primária, tornando-se, mais do que antes, um agente de mudança no campo da saúde.

DESAFIOS ATUAIS PARA A FORMAÇÃO DO MÉDICO DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

Definitivamente, a formação do especialista em Medicina de Família e Comunidade não é uma questão trivial. A Residência em Medicina de Família e Comunidade é considerada a estratégia mais adequada à formação deste especialista. Entretanto, são tantos princípios a conhecer, tantas habilidades práticas a desenvolver e tantas atitudes requeridas para o exercício profissional no nível da Atenção Primária à Saúde, que esta formação deve ter início nos primeiros anos da graduação em Medicina¹⁶.

Boa parte, se não a totalidade, dos países industrializados da Europa e demais continentes, bem como alguns países menos desenvolvidos do hemisfério sul do planeta têm promovido esta inserção da Medicina de Família e Comunidade por meio da criação de Departamentos, com esta ou outra denominação equivalente, nas respectivas estruturas organizacionais. Há entre eles Departamentos de considerável porte, abrindo uma via de acesso regular à carreira docente para os especialistas em Medicina de Família e Comunidade, que tanto podem exercer suas atividades docentes em unidades docente-assistenciais de Medicina de Família ou podem interagir com médicos-tutores que atuam diretamente nestas unidades da base dos respectivos sistemas de saúde.

No Brasil, como se sabe, ainda não é bem assim. Com muita dificuldade foi criado apenas um Departamento nesta área entre nós. Coincidentemente, na mesma Fa-

culdade de Medicina da Uerj, instituição em que foi criado um dos programas pioneiros da especialidade neste país. Em homenagem à história daquele programa de residência, ativo até os dias de hoje sem interrupção ao longo dos anos, e também em reconhecimento ao paradigma que sempre manteve e mantém acesa a chama daquele programa, o Departamento recebeu a denominação de Medicina Integral, Familiar e Comunitária.

Há quem questione a necessidade de existir um Departamento desta natureza, alegando que a estrutura departamental é inadequada, arcaica, quase medieval. Os adeptos dessa tese alegam que não seria conveniente, portanto, a criação de mais um. Parece óbvio, entretanto, que tal inserção acadêmica não é obrigatoriamente departamental. Basta ser coerente com a estrutura organizacional adotada por cada uma dessas Instituições de Ensino Superior, públicas ou privadas. Também independe da estrutura curricular. Basta ser coerente com a mesma, basta ser coerente com o projeto pedagógico do curso. Contudo, esta inserção acadêmica depende inteiramente do acesso dos médicos de família e comunidade à carreira docente.

Esta inserção acadêmica da Medicina de Família e Comunidade não beneficia apenas a formação dos futuros especialistas nesta área. Os princípios gerais desta disciplina serão certamente de grande valia à prática dos futuros especialistas focais. Haja vista as próprias recomendações contidas nas atuais Diretrizes Curriculares que regem o ensino de graduação em Medicina. É este o gás que falta para acelerar a implementação dessas mesmas Diretrizes. Também não faltam justificativas pedagógicas para os Ministérios da Educação e da Saúde adotarem políticas vigorosas de incentivo e apoio logístico e financeiro, visando uma inserção acadêmica imediata e mais ampla possível desta disciplina no ensino médico. A própria natureza dialógica das práticas inerentes à Medicina de Família e Comunidade já seria suficiente para justificar a convivência dos estudantes de Medicina com a rede saúde-escola e com as metodologias problematizadoras empregadas nas sessões de reflexão e nas rodas de debates que caracterizam o ensino-aprendizagem no âmbito desta Disciplina.

A inserção acadêmica da Medicina de Família e Comunidade é, de fato, uma estratégia fundamental para reorientar o ensino de graduação. Entretanto, não se pode esquecer que o Brasil é um país que se aproxima da extraordinária casa dos 200 milhões de habitantes e

ainda se ressentem da formação de um grande número de especialistas em Medicina de Família e Comunidade. Já passa da hora de expandir as vagas e o número de programas de residência para formar com qualidade e em larga escala os especialistas em MFC que o País necessita. A consolidação e a expansão da Estratégia Saúde da Família, política adotada pelo Ministério da Saúde com o propósito de fortalecer o SUS e o processo de reorientação do modelo assistencial vigente no País, tornam ainda mais agudas aquelas necessidades de afirmação da MFC. Inclusive quanto à necessidade de adotar estratégias transitórias de capacitação e especialização em MFC de outros especialistas improvisados na ESF.

Passa da hora de parar com cobrança de explicações à Medicina de Família e Comunidade, com questionamentos sobre a necessidade de ampliação de programas de residência e de aumento do quantitativo de especialistas nesta área. Não foi a Medicina de Família e Comunidade responsável por este modelo docente-assistencial hegemônico desde 1910. A experiência mundial tem demonstrado de modo cabal que a Medicina de Família e Comunidade é uma especialidade capaz de contribuir de modo ímpar para a reconciliação entre saúde e medicina.

As atuais políticas governamentais levadas a efeito pelos Ministérios da Saúde e da Educação no âmbito da APS, particularmente no tocante ao apoio à expansão da ESF, e os programas de incentivo à reorientação do ensino, especialmente por meio do Pró-Saúde e do Tele-Saúde, parecem alentadores. Ao lado disto, as ações desenvolvidas pela Associação Brasileira de Educação Médica (Abem) e alguns resultados obtidos por meio de parcerias entre estes atores e a sociedade científica da especialidade, isto é, com a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, indicam que novos caminhos estão começando a ser trilhados.

Exemplos disso são a edição e distribuição da *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*; a realização de provas para a obtenção de título de especialista em MFC; a capacitação de tutores de MFC; a promoção de eventos científicos de porte nacional e internacional; a realização da III Reunião de Cúpula Ibero-Americana de Medicina de Família, com a participação de autoridades governamentais, inclusive ministros de Saúde e integrantes do alto escalão dos Ministérios da Saúde desses países, autoridades científicas e acadêmicas, e respectivas sociedades científicas da especialidade.

Entretanto, é necessário reconhecer que ainda resta um longo caminho a percorrer. Já é hora, portanto, de apertar o acelerador.

REFERÊNCIAS

1. Falk JW. A medicina de família e comunidade e sua entidade nacional: histórico e perspectivas. *Rev Bras Med Fam Com.* 2004; 1(1): 5-10.
2. Shi L, Macinko J, Starfield B, Wulu J, Regan J, Politzer R. The relationship between primary care, income inequality, and mortality in US States, 1980-1995 – *J Am Board Fam Pract.* 2003; 16: 12–22.
3. Rodrigues RD. A crise da medicina: prática e saber. Mestrado [Dissertação]. Rio de Janeiro: UERJ/IMS; 1979.
4. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO Brasil/ Ministério da Saúde; 2004.
5. Demarzo MMP, Anderson MIP, Rodrigues RD. Formação em Atenção Básica e medicina de família e comunidade. In: Os desafios do ensino da Atenção Básica: Graduação em Medicina. Brasília: Ministério da Saúde; 2007: 54-61.
6. Sonis A. Medicina sanitária y administración de salud. 2 ed. Buenos Aires: El Ateneo; 1976: 341.
7. Anderson MIP. Saúde e condições de vida do idoso no Brasil. Mestrado [Dissertação]. Rio de Janeiro: IMS-UERJ; 1997.
8. Favoreto CO. A narrativa na e sobre a clínica na Atenção Primária: uma reflexão sobre o modo de pensar e agir dirigido pelo diálogo à integralidade e ao cuidado em saúde. Doutorado [Tese]. Rio de Janeiro: IMS-UERJ; 2007.
9. Bonet OAR. Os médicos da pessoa. Um estudo comparativo sobre a construção de uma identidade profissional. Doutorado [Tese] Rio de Janeiro: UFRJ/PPGAS; 2003.
10. Takeda S. A organização de serviços de Atenção Primária à Saúde. (76-87). In Duncan BB. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed; 2004.
11. Devesa M. Saúde para todos: médicos para o ano 2000? Mestrado [Dissertação]. Rio de Janeiro: UERJ/IMS; 1983.
12. The european definitions of the general practice/family medicine. Spain: WONCA. EUROPA; 2002.
13. Rodrigues RD, Campos CEA, Anderson MIP. Formação e qualificação do médico de família e comunidade no Brasil através de programas de residência, hoje: considerações, princípios e estratégias. [Documento online]. Rio de Janeiro: SBMFC; 2005. 31p. Disponível em: http://www.sbmfc.org.br/Articles/Documents/132c1316/Formação_e_qualificação_do_MFC-Formação_e_qualificação_do_MFC_Inêz_Ricardo_e_Cadú.pdf
14. Silveira LMC. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. Mestrado [Dissertação]. Rio de Janeiro: UFRJ/NUTES; 2003.
15. Cuba. Ministério de Salud Pública. Manual para la intervencion en la salud familiar. 2001. 43p.
16. Bessa O, Penaforte J (Org.). Médico de família: formação, certificação e educação continuada. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.