

Entrevista: A Formação do Médico de Família

No momento em que a Associação Brasileira de Educação Médica, através do Programa "A FORMAÇÃO DO MÉDICO DE FAMÍLIA", dispensa toda a atenção para o problema da formação do Médico Generalista, a REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA decidiu ouvir a opinião de Woodrow P. Pantoja, Secretário de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, Clementino Fraga Filho, Diretor do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Murillo Villela Bastos, da Assessoria do Ministério da Previdência e Assistência Social, Gerson Coutinho, Presidente do Instituto Nacional e Assistência Médica da Previdência Social e Guilardo M. Alves, Vice-Presidente da Fundação Instituto Oswaldo Cruz, sobre o assunto.

De uma maneira geral, houve consenso quanto à importância da criação de incentivos à prática da Clínica Médica Geral, tanto nos centros urbanos como nas cidades do interior. Foi admitida também que a especialização é necessária, desde que os que a exerçam tenham obtido em sua formação conhecimentos gerais e abrangentes para atuar em qualquer nível dentro da comunidade.

P. Como interpreta o atual fenômeno do gradual desaparecimento, tanto nas áreas metropolitanas, quanto nas cidades do interior, da tradicional figura do "médico

de família", isto é, o denominado clínico geral?

Woodrow Pantoja — O gradual desaparecimento do "médico de família", que marcou a vida de todos nós, não só nas grandes cidades mas também e principalmente no interior, é consequência das transformações por que vem passando a sociedade.

O progresso da ciência e da tecnologia ampliou de tal forma os conhecimentos na arte de curar, que hoje é praticamente impossível a atividade profissional solitária. A medicina, para ser exercida com eficiência nos tempos atuais exige, indiscutivelmente, um *sistema* de prestação de serviços de saúde, elaborado, no entanto, segundo as realidades sociais e não de acordo com os sonhos de cada um e das próprias comunidades usuárias.

Clementino Fraga Filho — O fenômeno do gradual desaparecimento do "médico de família" não é novo. Há mais de quarenta anos, meu mestre, Clementino Fraga, escrevia: "o velho tipo do médico de família parece liquidado". Seu desaparecimento foi consequência dos progressos científico e tecnológico, da expansão dos conhecimentos, da inflação da literatura médica, asfixiando o clínico simples, que dispunha de poucos meios complementares de diagnóstico e de limitados recursos terapêuticos. Surgiu, desenvolveu-se

e multiplicou-se a especialização; subespecialidades foram sendo criadas; os especialistas ganharam crédito de importância, sendo melhor contemplados, materialmente e cientificamente. Não sobrou mais lugar para o tradicional "médico de família", pelo menos nos centros urbanos razoavelmente dotados.

Murillo Villela Bastos — Todo médico, ao sair da faculdade, deveria, praticamente, ter conhecimentos suficientes para atuar como médico de família. Para isto, entretanto, seria necessário que a especialização, que se tornou habitual, fosse o resultado de uma atenção maior do estudante para uma determinada parte da medicina em lugar do estudo minucioso de uma parte com a conseqüente ignorância do todo.

A substituição do clínico geral pelo especialista decorre, fundamentalmente, de fatores tais como:

a) falta de unidade e integração no currículo médico, fatores indispensáveis para proporcionar ao estudante um conjunto orgânico e harmônico de conhecimentos sobre fisioterapia humana, semiótica, terapêutica e clínica das afecções mais freqüentes em cada país ou região.

Em lugar dessa atitude prevaleceu uma preocupação universalista, provavelmente elitista e presunçosa, de preparar médicos para o mundo.

b) aumento de número de médicos nas cidades, criando um clima de competição entre novos e antigos profissionais. A especialização dava ao jovem médico condições adequadas de sobrevivência econômica sem necessidade de hostilizar colegas já estabelecidos na área.

Nas cidades do interior houve, também, uma progressiva substituição dos antigos clínicos gerais pelos especialistas: médicos que operavam ou os que não

operavam; os que só cuidavam de afecções da mulher ou da criança; os que só faziam radiologia ou laboratório, etc. Assim, foram desaparecendo os que se sentiam em condições de atuar como médicos de família.

Gerson Coutinho — A grande concentração populacional urbana é uma realidade que contribui para criar um estilo de vida pouco propício à sobrevivência do "médico de família". É natural que jovens médicos também se sintam atraídos pelas oportunidades aparentemente melhores das áreas metropolitanas. A meu ver, o "médico de família" também vai desaparecendo no interior. No entanto, como o Governo Federal se esforça para criar atrativos capazes de reduzir o êxodo rural, paralelamente os responsáveis pela assistência médica vão dispor de incentivos que acentuem uma reversão de expectativas, inclusive porque a vida tornou-se mais difícil e complexa nas cidades maiores provocando uma série de desgastes inevitáveis de um dia-a-dia agitado, e de intensa competição. Sem dúvida, isso também se refletirá no relacionamento médico/paciente, alterando seus atuais termos. O que pretendemos, por exemplo, em termos de INAMPS é a humanização do atendimento, a melhoria das condições e serviços existentes.

Guilardo M. Alves — O problema não é tão simples como parece. Envolve uma série de variáveis em cujo contexto o jovem profissional de saúde é o menos responsável. Primeiro, a falta de identidade cultural. Por condições históricas a sociedade brasileira se contentou durante muito tempo em importar modelos alienígenos formulados para sociedades plenamente industrializadas, possuidoras de um perfil sanitário e de um estágio social e econômico inteiramente diversos da-

queles vigentes no Brasil; todavia, hoje, até mesmo os países desenvolvidos como os Estados Unidos da América estão re- vendo esses modelos e voltando a basear a sua assistência médica nos chamados "General Practitioners".

Outras variáveis que têm levado a mais de 90% dos graduandos em medicina a optarem pela especialização médica seriam:

a) A política nacional de assistência médica gerando uma estrutura de mercado voltada para mais e melhores ofertas aos especialistas em detrimento dos generalistas, fato inteiramente divorciado da realidade brasileira. Se os concursos para os provimentos de cargos no antigo INPS (população assistida de mais de 70 milhões de pessoas), nos demais estabelecimentos e serviços patronais, inclusive nas Forças Armadas, são abertos a especialistas, é natural que ocorra um tropismo ou uma tendência à especialização precoce. Por sorte há informações de que a nova orientação da direção do INAMPS é dar uma prioridade absoluta ao Clínico Geral, no que concerne ao médico previdenciário.

b) A orientação do curso médico montada para produzir profissionais que nada têm a ver com o ambiente biopsicossocial. Forma-se o médico dentro da tecnologia mais sofisticada, para resolver casos clínicos raros e complexos, quando são outros os problemas de saúde das comunidades. Urgê que se acelere a reestruturação dos cursos médicos para graduar o médico no sentido do pronto exercício profissional, capacitado para a visão epidemiológica e social da relação saúde/doença, levando-o ao pleno desenvolvimento de atividades polivalentes e de complexidade crescente. Para isso se faz necessário a efetivação da regionalização docente-assistencial, como uma

atenção a princípios como: redefinição organizacional e operacional do Sistema Regional de Serviços de Saúde; reformulação dos programas e currículos dos centros formadores; estabelecimento de mecanismos de real articulação entre os sistemas formador e consumidor.

P. Como vê a presente tendência da profissão médica em dirigir-se para campos cada vez mais especializados, com prejuízo, talvez, para a formação geral e abrangente que todo médico deve possuir?

Woodrow Pantoja — A superespecialização do médico *à outrance* é, a meu ver, prejudicial, mas a especialização, indispensável Especialização que deve e pode ser complementada ou ampliada, sem que se chegue, todavia, à formação de generalistas, e, sobretudo, sem prejudicar a qualificação básica do profissional. À filosofia do ensino médico e à prática da medicina cabe encontrar o ponto de equilíbrio.

Clementino Fraga Filho — Essa tendência para a especialização tem prevalecido na educação médica nas últimas décadas. É certo que ela se vinha fazendo com prejuízo da formação geral. Mas, já começa a reverter. É óbvio que a especialização continua necessária, mas na etapa da pós-graduação. O especialista sem o lastro de preparo geral poderá ser um bom técnico, porém não um médico na acepção exata da palavra, capaz de ter a percepção integral do ser humano e de estabelecer as correlações entre os fenômenos mórbidos.

No limiar da era de especialização, nossos mestres já advertiam de seus riscos. Foi preciso que a vivêssemos, que sentíssemos suas vantagens e seus inconvenientes para que voltássemos a procurar um ponto de equilíbrio.

Murillo Villela Bastos — A explicação desse fato pode ser encontrada na história da evolução da medicina no mundo ocidental, que acabou influenciando a Medicina de todo o mundo.

Inicialmente foi a rapidez do progresso científico e técnico no campo da medicina que justificou uma progressiva tendência a especialização pela simples necessidade de tempo para estudar o que existe de novo. Quando as novidades surgem em verdadeira enxurrada criou-se, então, a idéia de que é preferível conhecer bem uma parte do todo do que conhecer mal o organismo inteiro.

Depois, foi a mentalidade competitiva que assolou o mundo neste século. Foi este, certamente, o fator determinante da especialização. A especialização provou ser um caminho adequado para permitir a um jovem médico competir, com probabilidade de sucesso, entre os mais antigos na profissão; principalmente entre os que não puderam acompanhar os progressos tecnológicos da medicina.

Gerson Coutinho — A especialização decorre do próprio avanço da ciência médica. No entanto, é preciso buscar o equilíbrio, fazendo com que não falte ao profissional a formação básica com a consistência desejada. Isso já se está tornando um consenso, e tende a produzir alterações significativas no sistema de aprendizado e no nível de qualificação do médico, a ser exigido pelo mercado. O médico generalista, na realidade, atende melhor às necessidades da nossa realidade social, pelo volume de consultas e a demanda existente de beneficiários.

Guilardo M. Alves — Essa pergunta tem sua resposta englobada na primeira indagação.

P. — Crê que seria recomendável conter os atrativos da especialização, como

medida que vise a fomentar a formação do médico generalista?

Woodrow Pantoja — O ponto de vista que manifestei na resposta ao quesito número dois invalida a pergunta do quesito número três.

Clementino Fraga Filho — Os atrativos da especialização, de fato, existem, quer na prática profissional, quer nas possibilidades de investigação científica. Eles deverão ser contidos em certa proporção. Tudo é questão de medida, para que se não agravem os problemas de saúde da comunidade, por falta de quem os atenda convenientemente, e da própria classe médica, por saturação do mercado de trabalho nos grandes centros urbanos. De um lado, será preciso estimular a formação de médicos "generalistas", ampliando as perspectivas de sua atuação; de outro lado, alicerçar a formação dos especialistas em sólidas bases de preparo geral.

Murillo Villela Bastos — Conter a tendência à especialização é coisa recomendável, mas é também necessário saber como fazê-la. Torná-la simplesmente mais acessível, talvez seja contraproducente. Isto contribuiria para valorizá-la cada vez mais. Talvez seja melhor criar incentivos adequados para facilitar a formação escrupulosa de médicos generalistas, médicos para uma determinada parte do mundo ou de um país grande. Esta será certamente uma solução socialmente válida. Poderá criar as condições necessárias à satisfação de necessidades sociais e de auto-realização de muitos médicos. É, porém, uma solução que exigirá a coordenação dos esforços de vários setores da sociedade, ou, pelo menos, de várias de suas instituições.

Gerson Coutinho — Estou certo de que o caminho é bem mais simples e eficaz. Trata-se de alterar expectativas, demons-

trando aos futuros médicos que o País precisa, antes de tudo, de generalistas. O INAMPS é um exemplo excelente do campo de trabalho que se abre a clínicos gerais. A prova é que no último concurso realizado pelo DASP a maioria das vagas se destinou a clínicos gerais que atuam no interior.

Guilardo M. Alves — Não se pode acabar com o especialista. A medicina moderna experimentou um desenvolvimento tal que o especialista constitui uma peça importante na engrenagem. Somente que os tipos de problemas responsáveis pelas pressões sociais dizem respeito fundamentalmente ao generalista, e a esse tipo de profissional devem ser conferidos pelo menos atrativos econômicos dispensados aos especialistas.

P. Acredita que o atual mercado de trabalho médico, tanto no setor público, quanto no privado, poderá absorver um tipo de médico especialmente preparado para oferecer cuidados gerais no plano individual e, no plano coletivo, atuar como um verdadeiro médico de comunidade?

Woodrow Pantoja — Todo médico, atuando em um sistema de prestação de serviços de saúde adequadamente instituído, deverá estar capacitado a oferecer cuidados gerais no plano individual e será, sempre, verdadeiro médico de comunidade. Se isso não ocorrer na prática, de duas uma: ou o sistema não é tecnicamente consentâneo com a realidade, ou o médico não tem o preparo geral e específico indispensáveis ao exercício da profissão.

Clementino Fraga Filho — O mercado de trabalho atual ainda favorece a absorção de especialistas, porém é evidente a tendência para a mudança, em face da tomada de consciência da realidade da situação de saúde, impondo novos rumos

à formação dos profissionais de saúde. Afinal, a maioria das condições patológicas dispensa recursos muito diferenciados para seu diagnóstico e pode, perfeitamente, ser tratada por médicos gerais de boa formação. As estatísticas nacionais e estrangeiras demonstram que cerca de mais de 50% das consultas totais são de clínica geral. É preciso, portanto, trabalhar no sentido de assegurar aos jovens graduados as oportunidades de exercerem sua profissão, sem se especializarem. Nos Estados Unidos, a criação há dez anos, de um Board of Family Practice e o desenvolvimento de programas de residência para "médicos de família" vêm representando tal contribuição para a mudança da tendência na formação e na prática profissionais.

Murillo Villela Bastos — O atual mercado de trabalho médico é inteiramente desfavorável ao médico generalista. Atualmente este tipo de profissional só seria aceito como "médico de pobre" e ficaria necessariamente inferiorizado na sociedade e na profissão. Essa nova "especialidade" terá de surgir quase como um desafio — para o estudante, para a faculdade e para a sociedade. Sua formação deverá ser objeto de cuidados especiais por parte da escola e do corpo docente. Seu aproveitamento no sistema prestador de serviços deverá ser feito mediante critérios de remuneração, reconhecimento e avaliação especiais, e sua eventual passagem para outra categoria na profissão deverá ser assegurada de modo a não constituir nem uma discriminação negativa nem um estímulo ao abandono da condição depois de conseguido o emprego.

Gerson Coutinho — É o que se deseja. Uma das primeiras coisas que aprendemos em Medicina é que cada caso é um caso. O paciente deve receber a necessá-

ria atenção, ser tratado como indivíduo, sentir que seu atendimento não foi um simples cumprimento de mais uma obrigação, por parte do médico. Mas isso não basta. O profissional de medicina (e, neste momento, penso em primeiro lugar nos que prestam serviços à Previdência Social) deve, ao lado do atendimento humanizado, difundir recomendações da linha da medicina preventiva — cuidados de higiene e nutrição, por exemplo — para baixar a incidência de futuros problemas de saúde em muitos de seus pacientes. Eis uma das formas de atuação do médico da comunidade.

Guilardo M. Alves — Acredito que sim e que esta é uma tendência irreversível na realidade brasileira. A educação médica é o comportamento do mercado do trabalho médico têm recebido influências muito importantes como as mudanças sociais, o aumento populacional, a urbanização acelerada, as migrações internas, as demandas emergentes de cuidado médico, a expansão do conhecimento biomédico, as aspirações por uma melhor qualidade de vida.

É cada vez mais atual o pensamento de Jairo Ramos: "O Brasil precisa de médicos gerais com mentalidade de sanitaristas e de sanitaristas com mentalidade de médicos gerais"

Por outro lado cabe às comunidades participarem ativamente dos programas de saúde e ensino/treinamento, levando ao médico uma nova mensagem — a percepção dos aspectos sociais da saúde-doença.

P. Crê que a atual conjuntura, quanto à desejável organização de um sistema de saúde que ofereça à população extensa cobertura de cuidados de primeira linha, é propícia a formação desse médico polivalente?

Woodrow Pantoja — Em qualquer sistema de saúde moderno, cuidados de primeira linha não devem ser, necessariamente, executados por médicos, mas por pessoal técnico, devidamente qualificado para tal gênero de atendimentos. Não considero, assim, que esse tipo de atividade, pelo motivo exposto, deva exigir a formação do médico polivalente ou generalista à moda antiga.

Clementino Fraga Filho — Dizia Wilfred Trotter que o antígeno mais poderoso para a mente humana é uma idéia nova. A maioria das pessoas a rejeita, de imediato. Mas, a insistência, a força de repetição, a pertinácia acabam por conseguir implantá-la. Não há dúvida de que existe clima propício para as transformações, que levem a melhor atendimento da comunidade e a formação de um médico geral. Dispomos de instrumentos legais — a lei que cria o Sistema Nacional de Saúde, embora ainda não regulamentada — e de bases conceituais. Falta sua aplicação prática. Mas, nesse sentido, muito vêm trabalhando associações médicas, estrangeiras e nacionais, como a FEPAFEM e a ABEM, e instituições privadas, como a Fundação Kellogg, ao estimularem estudos e programas de formação do "Médico Generalista"

Murillo Villela Bastos — O médico de comunidade, generalista, social, de família, o que outro nome venha a ter, poderia encontrar seu lugar próprio e adequado em organizações sociais de serviços de saúde como a que é antevista pela Lei nº 6.229/75, que instituiu, no Brasil o SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE.

Gerson Coutinho — Sem a menor dúvida. Esse é um dos objetivos de nossa administração. Para alcançá-lo, não basta fixar normas e diretrizes; é indispensável um permanente esforço de conscientização e muito treinamento, abrangendo

não só médicos, mas pessoal paramédico, integrante das equipes multiprofissionais. Temos duas exigências: a melhoria crescente dos serviços e limitação de recursos. Os chamados *médicos polivalentes* (na medida em que ofereçam cuidados gerais no plano individual e atuem como médicos da comunidade) são os que desejamos ver atuar no INAMPS.

Guilardo M. Alves — Sim, e creio que assim também estão pensando o Governo, as Universidades, os Serviços de Saúde, a ABEM, a AMB, os organismos internacionais do setor, numa confluência histórico-conjuntural que representa

uma verdadeira tomada de posição e um amadurecimento que têm levado à formulação e início de implementação de alguns programas dentro dessa perspectiva. Urge, apenas, que essa tendência seja consolidada através de medidas e às quais participem, de modo articulado, os Ministérios da Educação, da Saúde, da Previdência e Assistência Social, Universidades, setores outros públicos e privados, contribuindo para a formulação de novos objetivos e estratégias seja no que concerne à educação médica, seja quanto à estrutura ocupacional do profissional de saúde.

... a generalidade das escolas "legais" foi aprimorar o ensino das Disciplinas Básicas. A partir de Química, Física, Matemática e Biologia seria construído o "verdadeiro" conhecimento médico. Como consequência, estabeleceu-se definitivamente a dicotomia entre ensino básico e profissionalizante de nível a ser difundida em toda a América Latina, ainda que em ritmos, períodos e tensões diferentes (2, 3).

Outro momento particular nas tendências do ensino médico foi gerado a partir de uma crítica parcial aos postulados da reforma de Flexner. A escola médica de "Western Reserve", reconhecendo deficiências no currículo teórico do estudante com a prática concreta, propôs um programa de cuidado à família de doentes (pacientes, familiares, pacientes após a alta) a cargo de estudantes desde o início do curso médico. Pretendia-se motivar o estudante atribuindo certas responsabilidades sociais e expondo-o mais prontamente a situações clínicas reais (3).

Quando semelhantes com a reforma de Flexner, as escolas médicas de América Latina buscaram novas prioridades. Desenvolveram-se programas de Medicina Preventiva e Familiar, serviços de cuidado domiciliar, algumas vezes